

Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs „Implementierung, Evaluation und Verstetigung von traumapädagogischen Konzepten in sozialpädagogischen Institutionen des stationären Massnahmenvollzuges“

Vorgelegt am 31.03. 2017 von
Marc Schmid¹, Jennifer Erb¹, Sophia Fischer¹, Nina Kind¹, Jörg M. Fegert²

¹Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Forschung, Schanzenstrasse 13, CH-4056 Basel

²Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie, Steinhövelstrasse 5, DE-89075
Ulm

Mit Unterstützung von (alphabetische Reihenfolge):

Team Basel: Bettina Breymaier, Jennifer Erb, Sophia Fischer, Nina Kind, Birgit Lang,
Célia Steinlin

Evaluationsteam Ulm: Claudia Dölitzsch, Alexander Küttner

Korrespondenzadresse:

Dr. Marc Schmid
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik
Forschung
Schanzenstrasse 13
CH-4056 Basel
marc.schmid@upkbs.ch

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Ausgangslage	6
2.	Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik	8
2.1	Eine Traumapädagogik braucht es folglich, weil.....	23
3	Ziele des Modellversuchs	29
3.1	Explizite Ziele	30
3.2	Implizite Ziele	31
3.3	Inhalte des Modellversuchs	31
3.3.1	Was bedeutet eigentlich Traumapädagogik? Was ist das Besondere an einer Traumapädagogik?	31
3.3.2	Ansatzpunkte für traumapädagogische Interventionen.....	34
3.3.3	20 Thesen zur traumapädagogischen Haltung	35
3.3.4	Was ist das Besondere an einem traumapädagogischen Konzept?	37
3.3.5	Was braucht es, um die Trias einer Pädagogik des sicheren Ortes umzusetzen?	39
3.3.6	Die Projektidee	39
3.3.7	Was aus den ersten Traumapädagogikprojekten in Deutschland gelernt wurde	39
3.3.8	Implementierung von traumapädagogischen Wohngruppen oder traumapädagogischem Wissen auf Regelgruppen	42
3.3.9	Wie sollte eine Implementierung von Traumapädagogik erfolgen?	43
3.3.10	Steuerungsgruppe	44
3.3.11	Die einzelnen Projektbausteine und ihr Zusammenwirken.....	44
3.3.12	Schulungen und Vermittlung von theoretischem Wissen	45
3.3.13	Prozessbegleitung.....	47
3.3.14	Vernetzung mit anderen Institutionen	48
3.3.15	Evaluationskonzept	48
3.3.16	Fazit	49
3.4	Schulungen	49
3.4.2	Schulungen Leitungsebene.....	50
3.4.3	Teamschulungen.....	52
3.4.4	Ergebnisse der didaktischen Auswertung der Qualität und Zufriedenheit der teilnehmenden Leitungs- und Fachkräfte mit den Schulungen	56
	Schulungen auf Leitungsebene.....	56
	Schulungen auf Teamebene	58
3.5	Konzeptualisierung der Prozessbegleitung	60
4	Begleitung der praktischen Umsetzung der traumapädagogischen Konzepte in den Modelleinrichtungen	62
4.1	Etablierung des sicheren Ortes und einer traumapädagogischen Grundhaltung	62
4.2	Verwendung der Interaktionsanalyse	64
4.3	Anwendung von Resilienzstunden auf Ebene der Kinder und Jugendlichen	65
4.4	Etablierung strukturierter Zeiten zur Förderung der Resilienz und der Mitarbeitenden ..	70

4.5	Weitere traumapädagogische Interventionen	70
5	Ablauf des Modellversuchs	71
5.1	Rekrutierung.....	71
5.2	Beschreibung der Modell- und Spiegeleinrichtungen.....	73
5.4	Treffen der Steuerungsgruppe	75
5.5	Datenerhebungen	76
5.6	Prozessverlauf.....	77
5.6.1	Verschiedene Phasen	77
5.6.2	Flächung, Tiefung und Verstetigung.....	79
5.6.3	Konkrete Umsetzungen in den Modelleinrichtungen	82
5.7	Besondere Vorkommnisse in den Modell- und Spiegeleinrichtungen	84
5.8	Weiterbildungen in den Spiegeleinrichtungen.....	85
5.9	Fachtag und Abschlusstag Traumapädagogik	85
6	Evaluation.....	86
6.1	Fragestellungen	86
6.1.1	Mitarbeiter Ebene	87
6.1.2	Ebene der Kinder und Jugendlichen	88
6.2	Design und methodische Limitationen.....	88
6.3	Epidemiologische Studie.....	95
6.4	Verlaufsstudie.....	95
6.5	Messinstrumente	96
6.5.1	Messinstrumente auf Mitarbeiter Ebene.....	96
6.5.2	Messinstrumente auf Ebene der Kinder und Jugendlichen	97
6.5.3	Psychophysiologische Daten	98
6.6	Stichprobenbeschreibung.....	99
6.6.1	Beschreibung der epidemiologischen Studie	99
	Prävalenz von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Mitarbeitenden in sozialpädagogischen Einrichtungen.....	99
	Prävalenz von Sekundärtraumatisierung bei Mitarbeitenden in sozialpädagogischen Einrichtungen	100
	Prävalenz von Burnout bei Mitarbeitenden in sozialpädagogischen Einrichtungen	101
	Häufigkeit von beruflichen Belastungen in sozialpädagogischen Einrichtungen	102
	Welche Rolle spielt die Kohärenz und Selbstwirksamkeit beim Zusammenhang zwischen Grenzverletzungen und Arbeitszufriedenheit?	104
	Kurzes Fazit der epidemiologischen Studie	105
6.6.2	Beschreibung der Verlaufsstudie.....	106
	Pädagogische Mitarbeitende.....	106
	Arbeitszufriedenheit verglichen mit anonymer Befragung	108
	Kinder und Jugendliche	108
	Zuweisungen.....	109
	Delinquenz.....	110
	Traumatische Lebensereignisse.....	112
	Vergleichbarkeit der Stichproben.....	114

6.5	Auswertungen	114
6.5.1	Datenaufbereitung	114
6.5.2	Statistische Analyseverfahren	115
7	<i>Ergebnisse der Verlaufsstudie.....</i>	117
7.1	Ebene der Mitarbeitenden	117
	Verändert sich die Anzahl körperlicher Angriffe auf Mitarbeitende durch betreute Kinder und Jugendliche mit der Einführung von Traumapädagogik?	117
	Welchen Einfluss hat die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf die körperliche Stressreaktion?.....	119
	Welchen Einfluss hat die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf das Burnout-Risiko bei Mitarbeitenden?	121
	Ändert sich der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit bei zunehmender Erfahrung mit traumapädagogischen Konzepten?.....	122
	Fazit	124
	Wirkt sich die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf die Selbstwirksamkeit der sozialpädagogischen Fachkräfte aus?	125
	Wirkt sich die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf die Selbstfürsorge aus?	127
7.2	Ebene der Kinder und Jugendlichen	130
	Verändert sich mit der Implementierung von Traumapädagogik der Anteil irregulärer Austritte aus sozialpädagogischen Einrichtungen?	130
	Welchen Einfluss hat die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf die Verhaltensauffälligkeit der Kinder und Jugendlichen?	131
	Hat die Traumapädagogik einen Einfluss auf psychopathische Persönlichkeitszüge?	135
	Gibt es Veränderungen bei den Bindungsstörungen?.....	136
	Gibt es Veränderungen beim psychosozialen Funktionsniveau?	137
	Beeinflusst Traumapädagogik die körperliche Stressreaktion der Kinder und Jugendlichen?	138
	Verändert sich die Zuweisungssituation in den Modellinstitutionen während des Modellversuchs?	140
7.3	Qualitative Interviews	141
	Transkription und Auswertung	142
	Ergebnisse.....	142
	Prozessverlauf	143
	Veränderungen	146
	Praxiserfahrungen aus der Anwendung von traumapädagogischen Elementen	151
	Bewertung des Modellversuchs	162
8	<i>Zusammenfassung der Ergebnisse des Modellversuchs</i>	163
8.1	Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse zum Prozess der Implementierung und Veränderungen im pädagogischen Alltag	163
	Fazit	166
8.2	Zusammenfassung der quantitativen Ergebnisse.....	166
	Fragebogendaten Ebene der Kinder und Jugendlichen.....	167
	Unterschiede im Fremdurteil	167
	Selbsturteil.....	167
	Verlaufsdaten der sozialpädagogischen Fachkräfte (Arbeitszufriedenheit, Stressbelastung und Burnout-Risiko).....	169

8.3	Diskussion der Ergebnisse der Begleitforschung	170
8.4	Methodische Stärken und Schwächen des Modellversuchs.....	174
8.4	Inwiefern hat der Modellversuch Traumapädagogik seine Ziele erreicht?	174
	Explizite Ziele, die erreicht wurden	174
	Implizite Ziele.....	175
8.5	Kritische Würdigung und Reflexion der Durchführung Modellversuchs	176
	Was würden wir heute anders machen, wenn wir es nochmal machen könnten?	177
	Wenn wir es nochmal tun könnten - was würden wir immer wieder so machen?	180
9	<i>Fachpolitische Diskussion der Ergebnisse des Modellversuchs</i>	182
9.1	Alter Wein in neuen Schläuchen? Was ist das Neue und Innovative an einer Traumapädagogik?.....	183
9.1.1	Was ist also das Innovative an der Traumapädagogik?.....	183
9.2	Woraus resultiert das stark gewachsene Interesse an traumapädagogischen Konzepten?	186
9.3	Nutzen einer höheren Traumasensibilität und beziehungsorientierten Traumapädagogik für die Praxis der Heimerziehung	188
9.4	Was braucht es für eine gelingende Umsetzung von traumapädagogischen Konzepten?	189
9.5	Braucht es traumapädagogische Intensivgruppen? Braucht es Standards für diese Intensivgruppen?	194
9.6	Sind traumapädagogische Konzepte ohne grosse Adaptionen auf unterschiedlichste Klientel, insbesondere mit strafrechtlichem Hintergrund, zu übertragen?	202
9.7	Stellt Traumapädagogik andere Anforderungen an die Fachkräfte?	202
9.8	In wie fern sollten traumapädagogische Konzepte in die Aus- und Weiterbildung von sozialpädagogischen Fachkräften und Sozialarbeitern integriert werden?	204
9.9	Traumapädagogik in der Heimerziehung: Anwendung auf andere Handlungsfelder innerhalb der Heimerziehung	205
9.10	Traumapädagogik in anderen psychosozialen Handlungsfeldern	207
9.11	Inwiefern lassen sich die Erkenntnisse zu Change Management-Prozessen aus der Traumapädagogik auf andere Veränderungsprozesse in der Jugendhilfe übertragen? ...	215
9.11.1	Traumapädagogischer Umgang mit Widerstand.....	217
9.11.2	Kompakte Wissensvermittlung und inner- und ausserinstitutionelle Prozessbegleitung	219
9.11.3	Umgang mit Personalfluktuaton.....	219
9.11.4	Implementierungsteams und Definition von Schlüsselprozessen	220
10	<i>Empfehlungen für Einrichtungen, die sich auf den traumapädagogischen Weg machen</i>	220
11	<i>Danksagung.....</i>	223
12	<i>Zusammenfassung</i>	224
13	<i>Literaturverzeichnis.....</i>	231

„Man weiss nie, was daraus wird, wenn die Dinge verändert werden. Aber weiss man denn, was draus wird, wenn sie nicht verändert werden?“

Elias Canetti

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Aus heutiger Perspektive ist es kaum noch vorstellbar, dass sich in der Schweizer Kinder- und Jugendhilfe im Jahr 2010, als das Gesuch für diesen Modellversuch entstand, fast nur Einzelpersonen mit traumapädagogischen Konzepten auseinandergesetzt haben und für eine solche Weiterbildung nach Deutschland reisen mussten. Es gab noch keine systematische Ausbildung nach den Richtlinien der DeGPT/BAG und keine Einrichtung, die sich explizit auf die Fahne schrieb, traumapädagogisch zu arbeiten. In Deutschland hat sich bereits vor der Jahrtausendwende eine recht aktive Graswurzelbewegung (Kühn, 2014) von Menschen, die die aktuelle Praxis der Jugendhilfe aufgrund ihres psychotraumatologischen Wissens und ihrer Ausbildung hinterfragten und mit Kollegen über die Praxis der Jugendhilfe kritisch diskutieren, entwickelt.

Seit 2002 wurde sich über die Homepage und im Forum Traumapädagogik.de über pädagogische Haltung ausgetauscht, was dann in die BAG Traumapädagogik mündete. Wilma Weiss hat mit ihrem Buch „Philipp sucht sein ich“ (Weiss, 1993) den Grundstein gelegt und seither viele Weiterbildungen für interessierte psychosoziale Fachkräfte angeboten. 2005 wurde mit der Wohngruppe „Greccio“ in Schwäbisch-Gmünd, die erste Einrichtung gegründet, die konsequent traumapädagogisch arbeitete. In dieser Wohngruppe wurde die Grundlage für das Konzept entwickelt, implementiert und evaluiert (Lang et al., 2009; Wiesinger et al., 2009; Schmid et al., 2009), welches auch im Rahmen des Modellversuchs zur Anwendung kommt. Interessant ist, dass der Prozess quasi parallel dazu auch im anglo-amerikanischen Raum in der Jugendhilfe angestossen wurde. Dort wurden schon in den 90er-Jahren Konzepte zur traumsensiblen Arbeit im medizinischen Bereich vorgelegt, welche die Schnittstellen zu anderen psychosozialen Hilfssystemen ebenfalls betrachtete (Harris & Fallot, 1990), die dann aber erst um die Jahrtausendwende in die Jugendhilfe getragen wurden. Sowohl in den USA (Boyd-Webb, 2005), dem Vereinigten Königreich (Taylor, 2012) und Australien (Barton et al., 2011, 2014) wurden unabhängig voneinander Konzepte entwickelt, die gewisse Ähnlichkeiten untereinander und auch zu den im deutschsprachigen Raum vertretenen Konzepten aufweisen. Interessant ist aber, dass diese Konzepte meist sehr viel stärker vom Kind und nicht von den Mitarbeitenden her argumentieren. Insbesondere die amerikanischen und australischen Konzepte haben dafür tendenziell elaborierte therapeutische Ansätze, die in wenigen hochspezialisierten pädagogischen Settings integriert werden, die vom international renommierten von Bessel van der Kolk Traumacenter mitentwickelt wurden (Pond & Spinazzola, 2013; Ford & Blaustein, 2013; Kagan & Spinazzola, 2013; Brown et al., 2014). Die Konzepte im deutschsprachigen Raum fokussieren stärker auf den sicheren Ort und die Interaktion zwischen Kind und pädagogischen Bezugspersonen und stellen die Selbstwirksamkeit und administrative, fachliche und emotionale Unterstützung der sozialpädagogischen Fachkräfte in den Mittelpunkt. Das dem Modellversuch zugrunde liegende Konzept und mögliche Implementierungswege wurden in den letzten Jahren weiterentwickelt (Lang et al., 2013; Schmid et al., 2014; Schmid & Fergert, 2015), um Ideen aus anderen Wohngruppen und traumapädagogischen Schulen ergänzt und

konnte nun im Rahmen des Modellversuchs wesentlich ausführlicher und elaborierter evaluiert werden.

Seit 2010 gibt es ein Curriculum für die Ausbildung in Traumapädagogik und traumazentrierter Fachberatung, die sowohl von der BAG Traumapädagogik als auch der deutschsprachigen Fachgesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) anerkannt wird, so dass ein von beiden Fachverbänden anerkanntes Zertifikat an die AbsolventInnen vergeben werden kann. Es wurden bald jedes Jahr mehrere hundert Fachkräfte zertifiziert und nach und nach ein traumapädagogisches Netzwerk gebildet. Bis Ende 2016 wurden bereits mehr als 2'500 psychosoziale Fachkräfte in Deutschland, Österreich und mit den Mitarbeitenden aus den Modellinstitutionen auch die ersten in der Schweiz zertifiziert (wobei es natürlich zuvor bereits Schweizer gab, die in Deutschland ihre Ausbildung absolviert haben). Im Jahr 2013 wurden dann die Standards der BAG Traumapädagogik für traumapädagogisches Arbeiten veröffentlicht, welche eine wichtige Orientierungshilfe für die Einrichtungen geben kann.

Die MAZ.-Studie (Modellversuch Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen) hatte das Feld für die psychische Belastung und psychosozialen Risikofaktoren von Kindern und Jugendlichen in der institutionellen Erziehung sensibilisiert (s.u.). Die Ergebnisse des Modellversuchs zeigten, dass über 80% der Kinder und Jugendlichen, die in der stationären Jugendhilfe betreut werden, von mindestens einem traumatischen Lebensereignis berichten sowie die Hälfte von mehr als drei traumatischen Lebensereignissen (Schmid et al., 2013, 2014). Des Weiteren zeigte sich, dass Dreiviertel der Jugendlichen unter psychischen Erkrankungen und davon der Grossteil unter mehreren psychischen Erkrankungen und komplexen Störungsbildern leiden, welche häufig die Folge von wiederholten Traumatisierungen sind (Cloitre et al., 2009; Schmid et al., 2010; Ford et al., 2013; Kisiel et al., 2014; Teicher et al., 2006; Teicher & Samson, 2013, 2016). Es fehlten aber noch konkrete Antworten darauf, wie die Fachkräfte in den Institutionen in ihrem pädagogischen Alltag auf die daraus resultierenden Traumafolgestörungen und maladaptiven Beziehungsangebote reagieren sollten. Bei der Diskussion der Ergebnisse des Modellversuchs wurde rasch klar, dass sich die Teams in den sozialpädagogischen Institutionen gerade von den psychisch sehr belasteten Heranwachsenden und oft eben auch komplex traumatisierten Kindern sehr herausgefordert fühlen, was auch erklären kann, warum im Modellversuch MAZ. ein Sechstel der Hilfen vorzeitig und unplanmässig beendet wurden (Schmid et al., 2014). Die hohe psychische Belastung und die grosse Zahl an traumatisierten Kindern darf keinesfalls dazu führen, dass sich die Fachkräfte in der stationären Jugendhilfe von diesen Kindern emotional zurückziehen und das Problem als vorwiegend (kinder- und jugend-)psychiatrisches/-psychotherapeutisches Problem definieren, da diese Heranwachsenden lebensweltorientierte Hilfe benötigen, um ihre gesellschaftliche Teilhabe sicherzustellen. Eine gute Möglichkeit, konkret bei der Selbstwirksamkeit der Fachkräfte anzusetzen und diese zu steigern, ist die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten. Mit psychotraumatologischem Sachwissen wird ein anderes Verständnis für die meisten herausfordernden Verhaltensweisen vermittelt, und es gibt eine Vielzahl von konkreten Interventionen, die im pädagogischen Alltag leicht einzusetzen sind. Aber vor allem schafft das Konzept des Sicheren Ortes ganz konkret unterstützende Strukturen und die Selbstfürsorge und Interventionen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit der Fachkräfte werden in die alltäglichen Abläufe implementiert.

2. Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik

Im folgenden Abschnitt soll kurz aufgezeigt werden, wie sich traumatische Lebensereignisse auf die Psyche eines Menschen auswirken und wieso die daraus resultierenden Probleme bei der Selbstregulation zu derart gravierenden Problemen im pädagogischen Alltag führen können.

Ein traumatisches Lebensereignis zeichnet sich dadurch aus, dass von diesem Ereignis eine unmittelbar Gefahr für das Leben und die körperliche und seelische Unversehrtheit der betroffenen Person oder einer anderen Person, mit der evtl. auch zufällig eine Beziehung besteht, einhergeht. Der zentrale Aspekt einer traumatischen Reaktion ist, dass diese von einer extremen emotionalen Erregung und Aktivierung einer physiologischen Stressreaktion begleitet wird, welche die Betroffenen auf Kampf- und Fluchtreaktionen vorbereitet. Eine belastende Situation wird aber erst dadurch zu einer traumatischen, wenn die Möglichkeiten sowohl zum Kampf als auch zur Flucht ausgeschöpft sind, und es, obwohl die Stressbelastung weiter ansteigt, kein Entkommen mehr gibt und eine Situation absoluter Hilflosigkeit, Ohnmacht und Ausgeliefertseins entsteht. Der Moment der Handlungsunfähigkeit und absoluten Hilflosigkeit ist der Kern der Traumatisierung, nichts mehr tun zu können, keine Bewältigungsmöglichkeiten und keinen Ausweg mehr zu haben (vgl. Tyson & Tyson 1990).

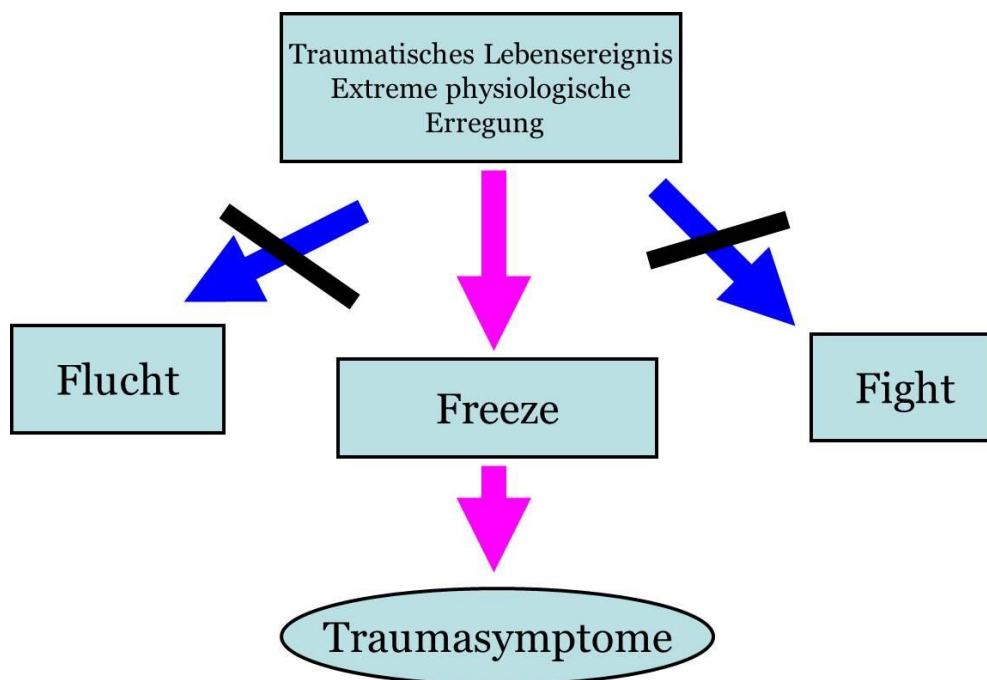
Die Psyche eines Menschen muss somit einen eigenen Weg finden, wie sie mit diesen Situationen mit all ihren Facetten, der Wahrnehmung, den belastenden Gefühlen (Angst, Wut, Ekel, Scham etc.) und den Schmerzen umgehen kann. Durch die Bedeutung der Hilflosigkeit wird bereits deutlich, dass belastende Erfahrungen von kleinen Kindern aufgrund ihrer eingeschränkten Möglichkeiten zu kämpfen und zu flüchten besonders leicht zu Traumafolgestörungen führen können.

Die Natur hat die Voraussetzung für solche innerpsychischen Möglichkeiten zur Bewältigung dieser Belastungen geschaffen. Über verschiedene neurophysiologische Prozesse und den Ausstoss von körpereigenen Endorphinen verändert sich die Wahrnehmung in allen Bereichen, welche es ermöglicht, die Grausamkeit dieser Situation nicht mehr bewusst wahrzunehmen. Diese neurobiologischen Reaktionen helfen, die Schmerzen und die belastenden Emotionen zu ertragen und die detaillierte kognitive Wahrnehmung und Verarbeitung der belastenden Situation zu verhindern. Die primäre dissoziative Reaktion ist somit ein von der Natur vorgesehener effektiver Schutzmechanismus mit lebensbedrohlichen Situationen umzugehen und das Überleben der Spezies zu sichern, in dem dann automatisierte Überlebensstrategien abgerufen werden können.

Wenn ein Mensch wiederholt traumatische Erlebnisse durchleben musste, kann dies zu problematischen Anpassungsprozessen führen. Die Wahrnehmung und kognitive Verarbeitung von Situationen, komplexen Interaktionen sowie die Interpretation sozialer Hinweisreize kann sich verändern. Insbesondere können an sich neutrale Reize, die zufällig mit dem Trauma assoziiert waren, plötzlich als höchst gefährlich wahrgenommen werden. Es können sich durch eine Anpassung der neurobiologischen Reaktionen an den chronischen Stress und die ständige Bedrohung langfristige Symptome von komplexen Traumafolgestörungen entwickeln, welche die Selbststeuerungsfähigkeit eines Menschen untergraben. Insbesondere wiederholte Traumata, die sich in einer ritualisierten Art und Weise immer mit ähnlichem Ablauf wiederholen und mit starker Dissoziation einhergehen (immer freitags, wenn Mama weg ist ...) sind besonders belastend und führen zu einer starken Symptombildung (Brewin et al., 2000; Tuulikki Kultalahti & Rosner, 2008; Übersicht bei Huber, 2003). Frühe chronische Traumatisierungen haben einen besonders schwerwiegenden Effekt auf die soziale Teilhabe, da sie sich sehr gravierend auf sozio-emotionale Kompetenzen auswirken, in jedem Lebensalter zu schwerwiegenden Fehlanpassungen führen und wichtige Lernerfahrungen verhindern (Menschen, die im

Kindergarten beliebt waren, haben zumeist auch im Erwachsenenalter mehr Freunde, da sie ihre sozialen Kompetenzen auch in diesen Kontakten kontinuierlich weiterentwickeln). Der Mangel an sozio-emotionalen Kompetenzen führt zu unterschiedlichen Symptomen auf dem gesamten Lebensweg.

Abbildung: Was ist ein Trauma?



Neurobiologisch und psychophysiologisch laufen folglich im Rahmen einer traumatischen Reaktion fast zeitgleich zwei Reaktionen und Prozesse ab, welche die ganze Reaktion auf Reize, das körperliche Erleben und die Verhaltenssteuerung beeinflussen. Einerseits geht eine körperliche Reaktion, die eher eine grosse Wachheit auslöst, mit körperlicher Erregung und hoher innerlicher Anspannung einher, andererseits führt eine dissoziative Reaktion eher zu einer Reduktion der Bewusstheit und dem Verlust der bewussten Selbstwahrnehmung. Beide Symptomkomplexe sind bei traumatisierten Kindern gut zu beobachten. Bei vielen Betroffenen, insbesondere bei Kindern, ist eine chronische Übererregung, ein ständiges auf der Hut sein und ein chronisches Misstrauen zu sehen. Teilweise gewinnt man den Eindruck, dass diese Menschen gelernt haben, auf die kleinsten Anzeichen von Gefahr mit Verteidigungsreaktionen, Flucht und Kampf zu reagieren. Sie sind stets auf der Hut, fokussieren aufmerksam auf kleinste Gefahrenreize und sind dauernd bereit, auf jegliche Anzeichen mit Kampf oder Flucht zu reagieren. Die höhere Anspannung, Wachheit und Fokussierung auf Gefahrenreize kann vielleicht damit verglichen werden, dass sich traumatisierte Menschen immer so fühlen, wie wenn man nachts alleine in einer dunklen Gasse ist. Die Anspannung ist derart hoch, dass jeder Hinweisreiz, jedes Geräusch und jeder Schatten als potentieller Gefahrenreiz wahrgenommen wird, die Atmung ist deutlich reduziert und die (muskuläre) Anspannung erhöht. Diese chronische Anspannung erschwert es einerseits, sich zu entspannen und erhöht andererseits die Wahrscheinlichkeit von Kontrollverlusten und Fehlinterpretationen, da ein hohes Stressniveau die Handlungsmöglichkeiten einschränkt und die Menschen ihrem „individuellen Ausflipp-Punkt“ näher bringt. Dieser Zusammen-

hang ist wichtig, da dies eine sinnvolle externalisierende Erklärung für die schlechten Selbstregulierungsmöglichkeiten der Betroffenen ist und schon jungen Kindern vermittelt werden kann.

Auf der anderen Seite gibt es eben auch die dissoziativ-betäubende Reaktion, welche eher dazu führt, dass die Betroffenen Schwierigkeiten haben, sich selbst und ihre Umgebung ausreichend sensibel und detailliert wahrzunehmen. Viele traumatisierte Menschen haben grosse Schwierigkeiten, ihre eigenen Gefühle und Körperempfindungen wahrzunehmen. In der Regel bekommt man bei der Analyse der Gefühlswelt von gravierendem Fehlverhalten keine Antworten („Weiss nicht“, „Scheisse halt“) und schaut in ratlose Augen. Als sensibler Explorierender realisiert man, wie schwer es den Betroffenen fällt, ihre emotionalen Reaktionen wahrzunehmen und zu beschreiben. Nicht selten werden deshalb Interaktionen mit anderen Menschen oder Umweltfaktoren fehlinterpretiert, weshalb es gerade deshalb wichtig ist, ihnen beim Erkennen ihrer Gefühle zu helfen.

Auswirkungen auf das Traumagedächtnis sowie auf die Selbstregulation und pädagogische Steuerungsfähigkeit

Die Reaktion der Betroffenen auf einen potentiell gefährlichen Reiz kann stark vereinfacht, aber sehr plastisch, auch jüngeren Kindern verständlich anhand des Modells des dreigliedrigen Gehirns von Levine und Kline (2005) erklärt werden. Dieses Modell geht davon aus, dass das Gehirn aus drei zentralen Funktionsbereichen besteht, die verschiedene Aufgaben bei der Traumareaktion übernehmen. Der zentrale Überlebensmechanismus besteht darin, im Falle einer akuten Gefahr für das Leben auf eine genaue, detaillierte Reizverarbeitung zu verzichten und stattdessen ein Notprogramm, welches rasch die Sicherheit der Betroffenen wieder herstellen soll, zu aktivieren. Eine zu detaillierte Reizverarbeitung würde zu viel Zeit brauchen, die dann für die notwendige Defensivreaktion fehlen würde.

Folgende Areale werden im dreigliedrigen Hirn unterschieden:

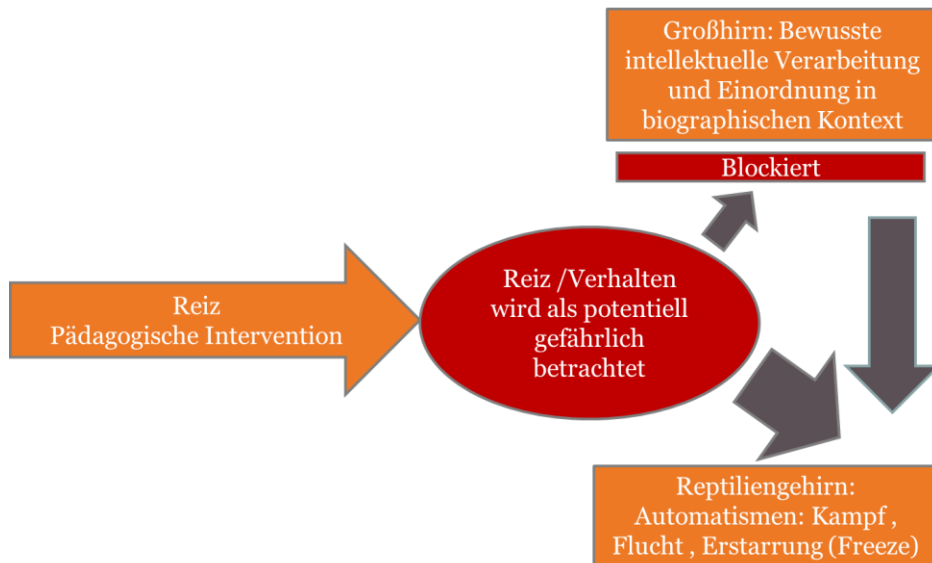
1. *Der Empfangsbereich in der Amygdala und im Hippocampus:* Hier wird die Gefahr eines eingehenden Reizes von Amygdala und Hippocampus bewertet und entschieden, welcher Aufwand für die weitere Reizverarbeitung betrieben werden darf und welche Hirnareale diese Aufgabe übernehmen sollen. Hier wird aufgrund des Gefahrenpotentials eines Reizes automatisch entschieden, ob der aufwendige bewusste Weg der Reizverarbeitung über die Chefzentrale eingeschlagen werden kann oder ob die Situation so gefährlich ist, dass ein Notprogramm abgerufen werden muss. Die Entscheidung ist von der Assoziation des Reizes mit gefährlichen Vorerfahrungen, dem allgemeinen Erregungsniveau und von Hinweisreizen der aktuellen Situation abhängig (Geräusch in dunkler Gasse oder vertrautes Geräusch aus der Küche).
2. *Das Reptiliengehirn:* In diesem Bereich wird das Überleben der Spezies gesichert und es werden automatische, zum Leben notwendige Instinkte und Kampf-, Flucht- und Freeze-Verhalten ausgelöst.
3. *Die Chefzentrale,* die im präfrontalen Cortex angesiedelt ist: Im Frontalhirn findet das logische Denken statt. Hier werden die Dinge in Ruhe betrachtet, abgewogen und bewusste Entscheidungen unter Beachtung von verschiedenen Alternativen getroffen.

Abhängig vom Gefahrenpotential eines Reizes wird nun die Wahrnehmung, die kognitive Verarbeitung und die Auswahl von Verhalten (s. Abbildung „*Traumagedächtnis und Selbststeuerung*“) gere-

gelt. Im Alltag werden die Reize ganz normal im präfrontalen Cortex verarbeitet und die Chefzentrale kann sich bewusst entscheiden, ob ein rotes oder gelbes T-Shirt angezogen oder wie auf eine gewisse soziale Situation reagiert wird. Wenn nun ein gefährlicher Reiz auftaucht und das Erregungsniveau eine gewisse Schwelle überschreitet, wird die Informationsverarbeitung über die „Chefzentrale ausgeschaltet bzw. zurückgefahren“ und das Überlebensprogramm im „Reptilienghirn“ wird aktiviert. Neurobiologisch fährt die Amygdala ihre Aktivität hoch, der Hippocampus, welcher die Schnittstelle zum Cortex darstellt, kann dieses noch eine Zeit tolerieren und kompensieren, fährt ab einer kritischen Schwelle seine Aktivität runter und leitet die Wahrnehmung statt über die „Chefzentrale“ zum Notprogramm in das „Reptilienghirn“ um. Hier findet dann keine bewusste Reizverarbeitung mehr statt. Es kann nicht mehr genau differenziert werden, was in dieser Situation passiert und nun im Detail an dieser Situation gefährlich ist. Dies ist ein sehr sinnvoller Überlebensmechanismus, da es, wenn ein LKW auf einen zu rast, für das Überleben nicht relevant ist, welche Farbe er hat. Dies bedeutet aber auch, dass unsere Wahrnehmung und Fähigkeit zur Handlungssteuerung in dieser Situation stark eingeschränkt ist, was eben bei Menschen, die viele traumatische Erlebnisse durchlitten haben und deshalb sehr sensibel auf Gefahrenreize reagieren, zu Fehlwahrnehmungen führen kann.

Die Frage, ob ein Reiz als potentiell gefährlich eingeschätzt wird, ergibt sich einerseits aus der Beschaffenheit des Reizes und seiner Nähe zu den traumatischen Erlebnissen, hängt aber auch vom Stresslevel/Arousal sowie von Umgebungsfaktoren ab. Die Assoziation eines Reizes mit einem traumatischen Erlebnis kann alle Sinneskanäle betreffen. Auslöser können Geräusche, Gerüche, taktile Erfahrungen, Stimmungen in sozialen Situationen, Körperreaktionen oder innere Bilder etc. sein. Das Problem ist aber, dass, sobald das Notprogramm einmal aktiviert ist, eine genauere Betrachtung der auslösenden Situation und eine Überprüfung der Sinnhaftigkeit der Handlungsmuster nicht mehr möglich ist, und genau daraus entstehen im Alltag viele pädagogische Probleme. Ein Klient rutscht vielleicht in sein Reptilienghirn, weil seine pädagogische Bezugsperson einen roten Pullover an hat, und kann dann im Notprogramm nicht mehr differenzieren, dass sich die Person in unzähligen Eigenschaften vom Täter, der zufällig auch einen roten Pullover trug, unterscheidet. Bei einer Auseinandersetzung mit dem „dreigliedrigen Gehirn“ wird auch sofort klar, warum pädagogische Erklärungen und das ständige Appellieren an die „Chefzentrale“ überhaupt keinen Erfolg haben können, solange die Klienten im „Reptilienhirnmodus“ sind und diese Informationen und Erklärungen gar nicht bewusst aufnehmen können. Dies bedeutet für die Pädagogik: In Krisensituationen erst stabilisieren, beruhigen und dann in einer ruhigen Situation mit sichergestellter Beteiligung der Chefzentrale analysieren.

Abbildung: Traumagedächtnis und Selbststeuerung



Einordnung von komplexen Traumafolgestörungen in die psychiatrischen Klassifikationssysteme

Die Mehrzahl der Menschen, die im psychosozialen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen Unterstützungssystem betreut und behandelt wird, durchlebte mehrere traumatische Lebensereignisse. Ein besonderes Erschwernis ist zudem, dass diese wiederholten traumatischen Lebensereignisse in der Kindheit häufig durch die engsten Bezugspersonen und nicht öffentlich erfolgen, so dass die betroffenen Heranwachsenden diesen Ereignissen alleine, in einer Lebensphase, in der sich Bindung und Vertrauen in andere Menschen erst entwickelt, ausgesetzt bleiben und selbst Strategien finden müssen, wie sie mit dieser stets vorhandenen Gefahr umgehen können, zumal sie eine Beziehung zu ihren Bezugspersonen trotz ihrer Angst vor Gewalt aufbauen müssen, da sie auf deren Versorgung angewiesen sind (Terr, 1991; Schmid et al., 2010). Hinzu kommt, dass sich im Kindesalter die Persönlichkeit, die Vorstellungen von der Welt und den Beziehungen noch entwickeln und die Erfahrungen, die in dieser Lebensphase gemacht werden, prägend für die Erwartungen an die auf dem weiteren Lebensweg folgenden zwischenmenschlichen Interaktionen mit anderen Menschen sind.

Menschen, die besonders ausgeprägte, wiederholte traumatische Erlebnisse durch ihre engsten Bezugspersonen erfahren haben, weisen häufig besonders komplexe Störungsbilder auf und leiden gleichzeitig unter mehreren psychischen Erkrankungen (Teicher & Samson, 2013, 2016; Schmid et al., 2013; Cloitre, 2009). Zudem ist belegt, dass aus diesen vielen traumatischen Erfahrungen ein geringeres Vertrauen in andere Menschen resultiert, welches auch vor professionellen Helfern keinen Halt macht, und woraus letztlich bei Nichtbeachtung eine schlechtere Behandlungsprognose resultiert (Cloitre, 2009; Teicher & Samson, 2013). Frühkindlich schwer traumatisierte Patienten stellen daher die mit ihnen interagierenden psychosozialen Helfer vor besondere Herausforderungen.

Dabei ist zu beachten, dass die Zahl der traumatischen Erlebnisse die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung erhöht (Copeland et al., 2007). Gerade Personen, die schon in frühester Kindheit wiederholt traumatischen Erlebnissen ausgesetzt sind, bilden nicht zwangsläufig eine Posttraumatische Belastungsstörung aus, sondern oft komplexe Krankheitsbilder mit mehreren komorbiden Diagnosen. D.h., Menschen, die in ihrer Kindheit viele traumatische Erfahrungen wie psychische und körperliche Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung gemacht haben, leiden oft gleichzeitig unter mehreren psychischen Krankheiten. Traumatische Lebensereignisse gehen so-

wohl mit internalisierenden als auch externalisierenden Symptomen und einer Kombination beider einher (Copeland et al., 2007; Moffitt et al., 2013; Cloitre, 2009; Teicher & Samson, 2013, 2016).

Die Weltgesundheitsorganisation WHO schätzt, dass Vernachlässigung, Misshandlung und andere traumatische Lebensereignisse eine wesentliche Mitverantwortung für die Entstehung von über 30% aller psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter haben (Kessler, McLaughlin, Green, Gruber, Sampson, Zaslavsky et al., 2010). Gleichzeitig sind psychische Erkrankungen inzwischen insbesondere in den hochentwickelten Ländern die häufigste Ursache für Frühberentung und Arbeitsunfähigkeit, was immense gesellschaftliche Folgekosten nach sich zieht (Corso & Fertig, 2010; Habetha et al., 2012).

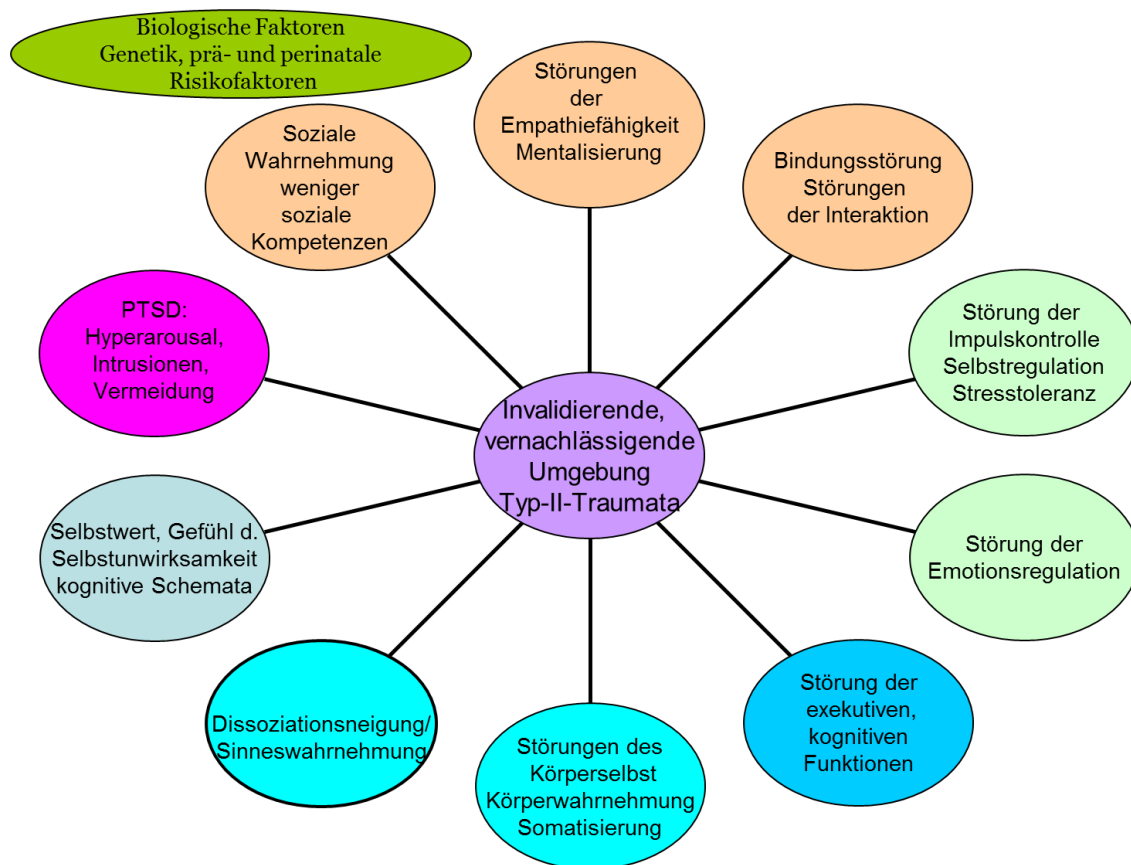
Gerade bei fremdplatzierten Kindern führt die Akkumulation von derart vielen Risikofaktoren bei ihnen fast zwangsläufig zu einer weiten Verbreitung von psychischen Störungen. Prävalenzuntersuchungen, sowohl im deutschsprachigen Raum als auch international (Überblick bei Schmid, 2007, 2008; Schmid et al., 2013), berichten durchgehend, dass zwischen 50 und 96% der fremdplatzierten Kinder unter mindestens einer psychischen Erkrankung leiden. In allen Untersuchungen zeigt sich zudem eine hohe Komorbidität: Über die Hälfte der Heimjugendlichen erfüllt die Diagnosekriterien für mehr als eine psychische Erkrankung (Schmid, 2007; Dölitzsch et al., 2014). Gerade in dieser Breitbandsymptomatik sehen viele Autoren eine typische Folge von komplexer Traumatisierung (Cloitre et al., 2009; Schmid et al., 2010; Teicher & Samson, 2013, 2016; Maercker et al., 2013), weshalb nun die Aufnahme der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen in die aktualisierten psychiatrischen Klassifikationssysteme (ICD-11) vorgeschlagen und vermutlich auch umgesetzt wird (Cloitre et al., 2013; Maercker et al., 2013). Aktuell werden noch Studien realisiert, die analysieren, wie und gegebenenfalls mit welchen Adaptationen diese Diagnosekriterien auch bei Kindern angewendet werden können.

Das gleichzeitige Vorliegen von mehreren psychischen Erkrankungen ist aber auch eine nicht unerhebliche Herausforderung für die kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische und interdisziplinäre Behandlungsplanung, da es dann in der Regel nicht einfach möglich ist, ein leitlinienorientiertes Behandlungsprogramm einzuleiten, sondern ein sehr individualisierter Therapieplan entwickelt werden muss.

Viele fremdplatzierte Kinder zeigen in ihrem Entwicklungsverlauf und auf ihrem Lebensweg zu verschiedenen Zeitpunkten ganz unterschiedliche Symptome und bekommen häufig auch ganz unterschiedliche Diagnosen, die aber oft auf Traumafolgestörungen und die daraus resultierenden Probleme in der Regulation von Selbstwert, Emotionen, Stress/Frustration und hoch unsicheren Bindungsrepräsentationen zurückzuführen sind (Schmid et al., 2010).

Aus diesen Traumafolgestörungen, verbunden mit der hohen Symptombelastung der Jugendlichen, ergeben sich vielfältige pädagogische Probleme (Schmid, 2008).

Abbildung: Auswirkungen dieser Symptome auf die pädagogische Begleitung (Schmid, 2008)



Klassische PTSD-Symptome-Hyperarousal, Vermeidung und Intrusionen

Einzelne Symptome der PTBS wirken sich sehr häufig in erheblichem Masse auf den Alltag aus. Sehr viele traumatisierte Menschen leiden unter einem chronischen Hyperarousal. Sie sind immer unter Strom, können kaum entspannen und sehr viele zeigen massive Schlafstörungen und Alpträume (Bader & Schäfer, 2007).

Bei sehr sorgfältiger Exploration lassen sich oft auch subtile oder offensichtliche Formen von Vermeidungsverhalten identifizieren (z.B. dunkle Räume, nur bei Licht einschlafen können, bestimmte Stadtviertel, das Alleinsein, nicht mit Männern alleine in einem Raum sein wollen/können etc.). Auch Intrusionen und traumatische Erinnerungen sind gar nicht so selten, über diese wird aber oft nicht gesprochen. Nicht selten zeigt sich bei konsequenten und detaillierten Verhaltensanalysen von Problemverhalten, dass die plötzliche Intrusion und Erinnerung von traumatischen Erfahrungen eine bedeutsame Rolle spielt. Bei jüngeren Kindern ist zu beachten, dass sich Intrusionen oft nicht im Alltag sondern eher in einem veränderten Spielverhalten oder dem Verlust der Fähigkeit zum in sich versunkenen spielen zeigen können.

Selbstbild, Selbstschädigung und Selbstwirksamkeit

Eine zentrale Folge von sequentiellen interpersonellen Traumatisierungen, insbesondere durch nahe Bezugspersonen, ist das stetig wiederkehrende, absolute Ohnmachtsgefühl anderen Menschen gegenüber. Wiederholt interpersonell traumatisierte Menschen erleben sprichwörtlich, dass andere Menschen mit ihnen tun und lassen können, was sie wollen, und sie diesen absolut hilflos ausgelie-

fert sind. Viele traumatisierte Menschen haben nie gelernt, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen, auszu-drücken und erfolgreich einzubringen. Sie glauben nicht, dass andere Menschen sensitiv mit ihren Bedürfnissen umgehen, unterdrücken diese oder setzen sie rigoros durch. Diese entwickelte Selbst-wirksamkeitserwartung spiegelt sich aber natürlich nicht nur in engen sozialen Beziehungen wi-der sondern im allgemeinen Zutrauen, wie andere Menschen zu beeinflussen sind. Das Konzept der erlernten Hilflosigkeit wird häufig bemüht (Seligman & Rockstroh, 2000), um zu erklären, warum sich Menschen, die einer traumatischen Erfahrungen ausgeliefert waren, später in anderen Situationen, die sie theoretisch bewältigen könnten, oft derart passiv verhalten. Das Konzept resultiert aus Be-obachtungen von Hunden, die es in der Regel sehr schnell lernen, über eine Barriere zu springen, um einen Stromschlag zu vermeiden. Beraubt man die Hunde aber der Möglichkeit, den Stromschlag zu vermeiden, versuchen/lernen sie es später nicht mehr, auch wenn sich die Möglichkeit bieten würde über die Barriere zu springen, da sie gelernt haben, dass sie diese Stromschläge nicht vermeiden können.

Offensichtlich können traumatische Erfahrungen zu einem überdauernden Selbstkonzept der man-gelnden Selbstwirksamkeit beitragen. Sehr häufig entwickeln traumatisierte Menschen auch massive Selbstvorwürfe sowie Schuld- und Schamgefühle (z.B. Wyatt & Newcomb, 1990; Talbot et al., 2004; Franzoni et al., 2013).

Vermutlich spielen aber neben dem Selbstbild auch die Dissoziationsneigung, die Impulsivität und das Nichterlernen von Hinweisreizen, die auf Gefahr hindeuten, eine Rolle, dass sich traumatisierte Menschen in der Kindheit oft nicht gut schützen können und derart häufig erneut Opfer von inter-personeller Gewalt werden (Classen et al., 2005; Widom et al., 2008). Im Extremfall und bei man-gelnden Schutzkonzepten ist es auch möglich, dass Kinder in der stationären Jugendhilfe oder Schule wieder in eine Opferrolle rutschen - traumatisierte Menschen bedürfen daher eines besonders siche-ren Ortes.

Ausserdem entwickelt sich beim chronischen Erleben von Geringschätzung und einer Missachtung der Bedürfnisse auch ein sehr negatives Selbstbild bis hin zu Selbsthass, was sich in einer völlig unzu-reichenden Selbstfürsorge oder gar in Selbstverletzungen und Suizidalität äussert. Nicht selten kann es aber auch zu einem narzisstischen, fragilen oder/und überhöhten Selbstwertgefühl führen, so dass der Jugendliche auf Kränkungen und Beschämungen mit Aggression reagieren muss. Die Entwicklung eines gesunden Selbstkonzeptes ist bei traumatisierten Menschen wesentlich erschwert. Die Auswir-kungen von Misshandlung und Vernachlässigung auf eine ungünstige Selbstwertentwicklung (Selbst-insuffizienz, Schadhaftigkeit) konnten auch in aufwendigen Längsschnittuntersuchungen aufgezeigt werden (Kim & Cicchetti, 2003, 2004).

Das negative Selbstbild kann sich bis hin zur Ablehnung von sich selbst steigern und dazu führen, dass die Betroffenen die Aggression offen gegen sich richten (Lang & Sharma-Patel, 2011; Kaess et al., 2013). Interessant dabei ist, dass Selbsthass sowie dissoziative Zustände, Probleme im Gefühlsaus-druck (Glassman et al., 2007) und Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Weierich & Nock, 2008) diesen Zusammenhang erklären. Die Assoziation von unterschiedlichsten traumati-schen Erlebnissen mit Suizidgedanken, Suizidversuchen und vollendeten Suiziden ist vielfach belegt (Afzali et al., 2015; Krysinska & Lester, 2010). Menschen mit Traumafolgestörungen weisen die höchsten Suizidraten von allen psychischen Störungen auf (Afifi et al., 2009).

Schwierigkeiten im Bereich der Emotionsregulationsfähigkeit

„Das Dilemma von komplex traumatisierten Menschen ist, dass diese ihre Gefühle entweder zu stark oder zu schwach wahrnehmen.“

Onno van der Hart

Einerseits führt die wiederholte heftige Erregung und die damit einhergehende Aktivierung der Stressachse dazu, dass Gefühle generell leichter ausgelöst werden können und traumatisierte Menschen tendenziell auch länger brauchen, um sich wieder zu beruhigen. Zentral bei traumatisierten Menschen ist aber die Unterscheidung zwischen impliziter und expliziter Emotionsregulation (Herpertz, 2009; Schmid, 2013). Bei gewissen Hinweisreizen findet die Emotionsregulation nur vorbewusst statt, d.h. es werden sofort negative Emotionen ausgelöst und unmittelbar in Handlungsimpulse übersetzt, so dass die Betroffenen diese wie einschliessende, kaum zu regulierende Emotionen erleben, die sie retrospektiv nur schwer ordnen und selbst verstehen können. Diese implizite Emotionsregulation läuft ohne Beteiligung der Chefzentrale und ist daher schwer mit Worten zu erklären sowie auch vergleichsweise schwer für Psychotherapie zugänglich. Hier sind automatisierte implizierte Reizreaktionsketten aufgrund von traumatischen Erfahrungen angelegt, die wohl nur durch Veränderungen dieser automatischen Assoziationen mittels traumatherapeutischen Interventionen verändert werden können (Schmid, 2013).

Traumatische Erfahrungen gehen mit heftigsten Emotionen einher. Bei einzelnen traumatischen Ereignissen ist dies vor allem Angst und bei komplexen, wiederholten interpersonellen Traumata der Kindheit, insbesondere bei den Folgen von sexueller Gewalt, oft eine ganze Bandbreite von belastenden Gefühlen, insbesondere Wut, Scham, Schuld und Gefühle des Ekels und der Trauer, welche in den verschiedenen Phasen dieses/er traumatischen Ereignisses(n) durchlebt werden mussten/wurden (Schmid, 2013; Boos, 2005).

Andererseits konnten sequentiell traumatisierte Menschen in ihrer invalidierenden Umgebung, in der ihre Gefühle nicht beachtet und geringgeschätzt wurden, keinen adäquaten Umgang mit Gefühlen lernen, weshalb sie emotionale Empfindungen vermeiden und Gefühle häufig kaum wahrnehmen können, anstatt deren Signalfunktion für die Verhaltenssteuerung zu nutzen. Die ständige Konfrontation mit unangenehmen Emotionen, Spannung und wiederholtem traumatischen Stress führt zudem zu einer gewissen emotionalen Taubheit, Abgestumpftheit und inneren Leere.

Diese innere Leere, und dass sie sich mit den eigenen Emotionen unwohl fühlen, führt dazu, dass traumatisierte Menschen oft nicht sagen können, wie sie sich fühlen. Auch bei heftigstem Intervenieren von Seiten der pädagogischen Bezugspersonen bzw. Psychotherapeuten können sie nicht erklären, wie es dazu gekommen ist, dass sie sich so und nicht anders verhalten haben. Oft sind es negierte und unterdrückte Gefühle, zu denen die Kinder und Jugendlichen wenig Zugang haben, welche Problemverhalten auslösen. Aggressivem Verhalten gehen z.B. oft Trauer-, Schuld-, Schamgefühle und/oder Angst voraus, die nicht adäquat verarbeitet werden können, weshalb dann auf gut bekannte Gefühle und Verhaltensweisen zurückgegriffen wird. Werden diese Gefühle nicht wahrgenommen und die Handlungsimpulse beachtet, führt dies dazu, dass man auf sie nicht adäquat reagieren kann und der Druck steigt. Mit steigender Anspannung reduzieren sich die Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen, so dass letztlich oft Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen, Suizidversuche, aggressives Verhalten, Weglaufen und Drogenkonsum dem Spannungsabbau dienen. Komplex traumatisierte

Menschen erleben Gefühle eher als bedrohlich und wollen sich unbewusst vor heftigen Gefühlen schützen, indem sie deren Signale negieren. Dies geschieht aus der Sorge heraus von diesen überflutet zu werden. Durch deren verspätete Wahrnehmung berauben sie sich dann aber vielen frühen Handlungsmöglichkeiten und geraten wieder in eine emotionale Überforderungssituation, welche sie eigentlich vermeiden wollten, womit sich der Teufelskreis schliesst.

Abbildung: Teufelskreis-Emotionserkennung (In-Albon & Schmid, 2012; Schmid, 2013)



Um diesen Teufelskreis (Schmid, 2013; In-Albon & Schmid, 2012) aus der Nicht-Wahrnehmung von Emotionen und aus Verhaltensexzessen zu unterbinden, ist es notwendig, die Betroffenen für ihre Gefühle zu sensibilisieren und in ihrer Wahrnehmung zu schulen. Dies wird auch durch die Förderung der Achtsamkeit und Körperwahrnehmung unterstützt, da dies antidissoziativ wirkt und das Gefühl der inneren Leere und Emotionsphobie kompensieren kann.

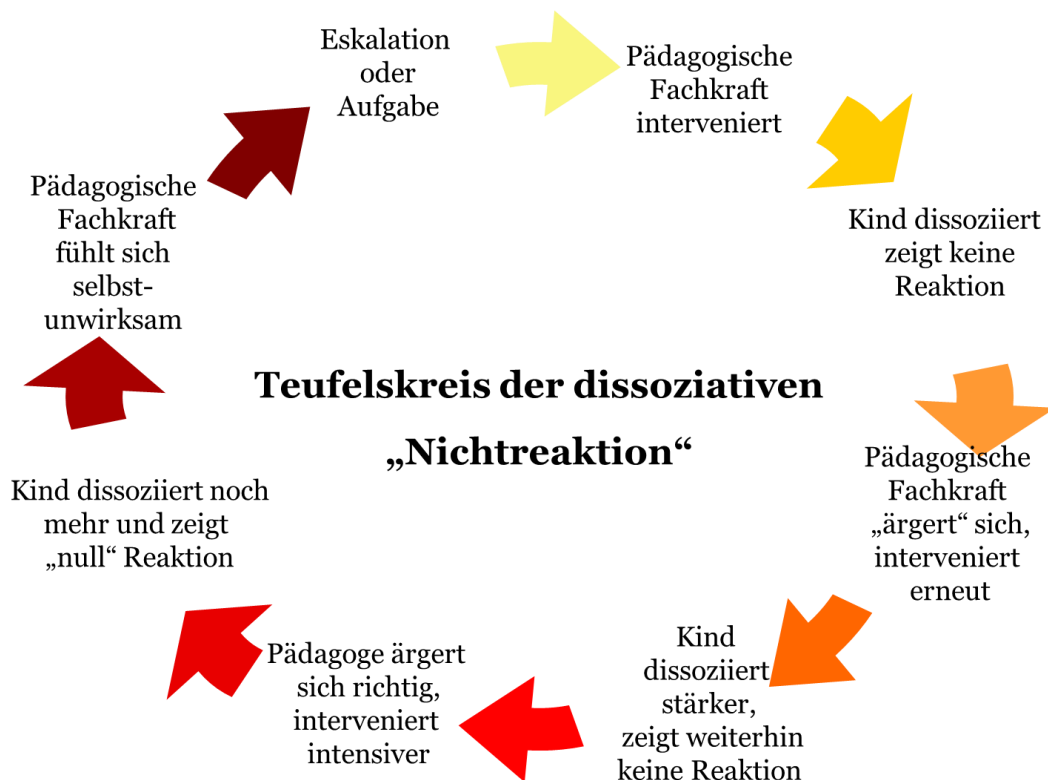
Folgen der Dissoziationsneigung für den pädagogischen Alltag

Das Problem ist nicht die Dissoziation an sich. Diese ist ein sehr wichtiger Mechanismus, der es erlaubt, sich in belastenden Situationen zu schützen. Ein Problem ist, dass dieser Schutzmechanismus rasch generalisiert, zunehmend auch im Alltag in schwierigen Situationen zum Einsatz kommt und dort das Erlernen von adaptiven Bewältigungsstrategien verhindert. 10% der Betroffenen entwickeln sofort eine chronisch erhöhte Dissoziationsneigung und über die Hälfte der Opfer von wiederholter interpersoneller Gewalt entwickeln eine Neigung zur Dissoziation in Belastungssituationen (Overkamp, 2002), wobei auch die Qualität der frühkindlichen Versorgung eine Rolle spielt (Dutra et al., 2008). Eine chronisch erhöhte Dissoziationsneigung verhindert auch das Lernen in der Psychotherapie, weshalb Dissoziationsneigung und die Dissoziation mit einem geringeren Therapieerfolg einhergeht (z.B. Kleindienst et al., 2011; Bae et al., 2015). Vermutlich lassen sich diese Ergebnisse auch auf

Interventionen im pädagogischen Alltag übertragen und sind dort fast noch gravierender, da es in stationären Settings in der Regel mehr nicht völlig kontrollierbare Auslöser geben kann .

Dissoziation und Zustände, in denen sich die Klienten nicht im Kontakt mit der Aussenwelt im „Hier und Jetzt“ befinden, führen zu diversen pädagogischen Problemen. Eine Schwierigkeit ist, dass Kinder, die häufig räumlich und zeitlich desorientiert sind, oft zu konfabulieren beginnen, was sie den ganzen Tag gemacht haben. Zumeist sind Widersprüche schnell zu identifizieren und man kann die Betroffenen des Lügens überführen. Dies wird natürlich insbesondere dann relevant, wenn es zu Regelverstößen gekommen ist, ein Schuldiger gesucht wird und es von Vorteil wäre, ein lückenloses „Alibi“ zu haben. Ein weiteres, oft zu beobachtendes Problem ist der eskalierende Teufelskreis aus pädagogischer Kritik, dissoziativer Nichtreaktion und immer heftiger werdender Kritik. Wenn z.B. eine pädagogische Fachkraft einen Klienten eventuell auch mit einem nicht ganz zu vermeidenden, aber nicht offen benannten Affekt mit seinem Fehlverhalten konfrontiert, kann dies zu einer dissoziativen Reaktion führen, d.h., der Klient reagiert nicht. Nun erwartet die Fachkraft aber eine Reaktion, möglichst eine Entschuldigung und Erklärung, und diese kommt nicht. Dies führt oft zu einer Intensivierung der pädagogischen Bemühungen und somit zu einer Verstärkung der Nichtreaktion, was die pädagogischen Mitarbeitenden verunsichern kann und nicht selten zur Eskalation oder Aufgabe der pädagogischen Bemühungen führt. Beide Verhaltensmöglichkeiten dienen nicht gerade dem Erreichen der pädagogischen Ziele.

Abbildung: Teufelskreis der Dissoziation



Ausserdem verhindert dissoziatives Erleben oft die echte Partizipation von Jugendlichen bei der Hilfeplanung. Nicht selten betritt man mit dem/der KlientIn einen Raum, in dem eine Helferkonferenz stattfindet, und diese/r erstarrt und verstummt plötzlich beim Anblick der grossen Gruppe von psychosozialen Helfern. Die Heranwachsenden bekommen wegen der Dissoziationsneigung viele gute Dinge und Absprachen, die von den beteiligten Helfern über sie gesagt werden, gar nicht bewusst mit, können aber auch ihre eigenen Vorstellungen nicht einbringen. Dies kann dazu führen, dass sie sich den Absprachen, die getroffen werden, auch nicht verpflichtet fühlen. Deshalb ist es wichtig, Massnahmen zu ergreifen, die die Partizipation bei der Hilfeplanung ermöglichen bzw. sicherstellen (Briefe an Ämter schreiben und/oder diese beim Hilfeplangespräch vorlesen, Videoaufnahme von Helferkonferenzen, Benennen von erwachsenen Personen, welche die Anwaltschaft für das Kind übernehmen können, d.h., dass ihm/ihr zugewandte erwachsene Bezugspersonen seine/ihre Interesse gegenüber Schulen, Gerichten, Familienangehörigen, Nachbarn etc. vertreten können). Der mit der Dissoziation einhergehende Verlust des Körpergefühls und Schmerzempfindens kann dazu führen, dass die Kinder oft mit unklaren Verletzungen in der Wohngruppe erscheinen, da sie die Verletzungen nicht spüren und sich nicht an das Unfallgeschehen erinnern können. Nicht selten greifen die Heranwachsenden auch zu gravierenden Methoden, um sich zu spüren, sei es Hochrisikoverhalten oder Selbstverletzung (s.o.). Dissoziative Zustände erhöhen des Weiteren das Risiko für Retraumatisierungen. Teilweise können naheliegende Hilfsangebote nicht angenommen werden, da die Jugendlichen in dem Moment, der sie an ihre traumatischen Erlebnisse erinnert, dissoziieren und die Tat über sich ergehen lassen, obwohl ein einziger lauter Schrei vermutlich gereicht hätte, um Hilfe zu holen und die Grenzverletzung zu unterbinden (Schmid & Fegert, 2015).

Dissoziation bedeutet eben auch Verlust des Gefühls für sich selbst und seine Umwelt, weshalb es wichtig ist, die Betroffenen für erste Anzeichen von dissoziativen Reaktionen zu sensibilisieren, und warum Ansätze, die die Betroffenen über sensorische Reize neu orientieren und im Hier und Jetzt halten, sehr erfolgreich sind (Priebe, Stiglmayr & Schmahl, 2013). Deswegen sollten diese fest in den Alltag von traumapädagogischen Wohngruppen integriert werden.

Schwierigkeiten im Bereich der Körper- und Sinneswahrnehmung

Viele Psychotraumatologen und Psychotherapeuten beschäftigen sich besonders intensiv mit der Verbindung von Körper, Traumareaktionen sowie psychischen und körperlichen Traumafolgestörungen (Ogden, Minton & Pain, 2010; Van der Kolk, 2015; Rothschild, 2011; Downing, 2006; Berceli, 2005, 2008; Levine, 2012), da der Körper bei einem traumatischen Erlebnis physiologisch so unmittelbar reagiert und ein Grossteil von traumatischen Erlebnissen direkt mit körperlichen Verletzungen und Körpergrenzen einhergeht. Die zentralen Ansatzpunkte der körperorientierten Therapiemethoden ist die, dass die rasche Abfolge einer körperlich immobilisierenden Freeze-Reaktion in Kombination mit der extremen körperlichen Erregung von für Kampf und Flucht vorbereitenden, mobilisierenden Defensivreaktionen dazu führen, dass Energie, die dem Körper bereitgestellt wird, nicht abgerufen und abfliessen kann, was zu muskulären Verspannungen und Hyperarousal führt. Die Bereitstellung von Energie und der Abfluss von Energie nach heftigen Angst- oder Schreckreaktionen sind gut zu beobachten. Beispielsweise kann nach einer Vollbremsung oft bemerkt werden, wie die Beine zittern, was eine typische Reaktion ist, um die in der Schreckreaktion freigesetzte Energie abzubauen. Auch bei Tieren lassen sich solche Reaktionen beobachten.

Für die pädagogische Begleitung von traumatisierten Menschen zeigt dies, wie wichtig einerseits stabilisierende Körperinterventionen und Ausdauertraining, aber auch Yoga oder Chi Gong sein

können (z.B. Bercei, 2005; Ogden et al., 2010; Nurrie Stearns & Nurrie Stearns, 2013) und wieso viele traumatisierte Menschen von geregelterm, wiederkehrendem körperlichem Training profitieren. In der Regel fällt es traumatisierten Menschen, insbesondere männlichen Jugendlichen, die sich wegen ihres Hyperarousals oft nicht auf klassische Entspannungstechniken einlassen können, leichter über den Körper Entspannung zu induzieren.

Andererseits ist es aber gerade bei der Begleitung von traumatisierten Kindern wichtig sich zu vergegenwärtigen, welche körperlichen Erfahrungen diese Kinder bisher noch nicht gemacht und was sie bezüglich liebevoller und sensibler körperlicher Berührung zur Beruhigung nicht erfahren haben. Mehrere Studien zeigen, dass liebevolle Berührungen einer der effektivsten Wege ist kleine Kinder zu beruhigen (Streit, Nantke & Jansen, 2014). Es ist nur logisch, dass Kinder, die so sehr auf liebevollen Körperkontakt zur Selbstberuhigung angewiesen sind, auf körperliche Misshandlung extrem reagieren. Körperlich misshandelte Kleinkinder können deshalb Körperkontakt anfangs teilweise kaum tolerieren, reagieren selbst auf liebevolle Berührungen beim Wickeln etc. panisch und müssen deshalb sehr behutsam an vertraute Personen, die mit ihnen Körperkontakt aufnehmen, herangeführt werden.

Die gesamte Körperwahrnehmung und das eigene Körperbild sind bei vielen chronisch traumatisierten Menschen offensichtlich nachhaltig beschädigt und reicht teilweise bis zur Ablehnung des eigenen Körpers (Joraschky et al., 2005; Dyer et al., 2013; Jung & Steil, 2012). Viele traumatisierten Menschen legen wenig Wert auf ihre Körperhygiene, ihre äussere Erscheinung und machen sich nicht gerne schön. Viele vernachlässigte und misshandelte Kinder haben auch grosse Entwicklungsdefizite im motorischen Bereich und bewegen sich ungeschickt. Oft fehlt ihnen ausserdem das Gefühl für die Organisation von Raum und Zeit in Interaktionen, so dass es schwer fällt, mit ihnen Nähe und Distanz sowie die eigenen Kräfte zu regulieren.

Bei vielen traumatisierten Menschen mit starker Dissoziationsneigung scheint die Schmerzrezeption in Anspannungszuständen deutlich geringer ausgeprägt zu sein (Ludäscher et al., 2007; Klossika et al., 2006). Andere Untersuchungen zeigen deutliche Unterschiede bezüglich der auditiven Wahrnehmung (Maercker et al., 2003). Insgesamt scheinen die Körperwahrnehmung, die Sinneswahrnehmung sowie die Fähigkeit zur Achtsamkeit, zum Genuss und die Fokussierung auf positive Sinneswahrnehmungen auf Geschmack, Musik etc. deutlich unterentwickelt zu sein.

Ausserdem gibt es mehrere Anzeichen dafür, dass posttraumatische Belastungsstörungen nicht nur mit einer höheren Vulnerabilität für komorbide psychische Störungen einhergehen, sondern auch viele (psycho-)somatische Krankheiten viel häufiger bei traumatisierten Menschen auftreten (Dobie et al., 2004; Seng et al., 2005; Überblick b. Widom, 2012).

Für den sozialpädagogischen Alltag kann es oft ein recht bedeutsames Problem werden, dass auch körperliche Erinnerungen und Berührungen Auslöser für traumatische Wiedererinnerungen werden und die daraus resultierenden Defensivreaktionen (Kampf, Flucht und Freeze) zu pädagogischen Schwierigkeiten führen. Ein Kind, welches oft am Arm zum Verprügeln gezerrt worden ist, wird auf das Festhalten einer pädagogischen Fachkraft am Arm in einer harmlosen Situation („Halt, bleib hier, die Hausarbeiten sind noch nicht ganz fertig“) oder gar im Rahmen des Festhaltens des Arms bei einer körperlichen Auseinandersetzung mit anderen Kindern von aussen betrachtet unangemessen heftig reagieren, da eine Verknüpfung von taktilen Reizen (Hand eines kritisch blickenden Erwachsenen am Arm) mit traumatischen Erlebnissen verbunden wird, welche verständlicherweise Angst und Panik auslösen können.

Es müssen aber gar nicht nur die unmittelbaren Wiedererinnerungen an Berührungen sein, sondern auch die verkörperlichten Abwehrreaktionen, die zu traumatischen Wiedererinnerungen und heftigen Emotionen führen können. Jedes traumatische Lebensereignis, sogar rein psychische Misshandlung, hat eine körperliche Entsprechung. Jeder Mensch setzt körperliche Mikro-Praktiken ein, um sich und seinen Körper zu schützen (Downing, 2006). Ein Mensch, der oft in ähnlicher Art und Weise geschlagen wird, wird seine Muskeln immer wieder in bestimmter Art und Weise angespannt und aktiviert haben, so dass schon eine bewusster Wahrnehmung und Arbeit mit der Muskulatur oder eine ähnliche Ausweichbewegung, solche Wiedererinnerung auslösen können.

Probleme im Bereich der exekutiven Funktionen

Menschen, die wiederholt lebensbedrohlichen Ereignissen ausgesetzt waren, sind primär mit dem Überleben im „Hier und Jetzt“ beschäftigt. Es fällt ihnen schwer, langfristig zu planen und in die Zukunft zu schauen, und sie sind nicht in der Lage, Belohnungen lange aufzuschieben. Dies führt oft dazu, dass traumatisierte Menschen bei Aufgaben, die eine langfristige Planung und ein überdauerndes Investment erfordern, scheitern. Die extreme Fokussierung von Jugendlichen darauf, dass alles sofort passieren muss, belastet den Alltag der Sozialpädagogen in Wohngruppen oft ebenfalls sehr und hat häufig zur Folge, dass Fachkräfte im Alltag nicht selten gestresst, angespannt oder überlastet sind, da sich im Alltag in der Regel kaum Verschnaufpausen realisieren lassen.

Ausserdem führen überdauernde, schwere Vernachlässigungserlebnisse in der frühen Kindheit zu Konzentrations- und Lerndefizite, die nur teilweise wieder kompensiert werden können (Colvert et al., 2008; Stevens et al., 2008).

Studien an schwer deprivierten rumänischen Waisenkindern zeigten, dass die kognitive Entwicklung ohne ein Mindestmass an Anregung in einer sensiblen Phase nachhaltig beeinträchtigt bleibt (Beckett et al., 2007; Colvert et al., 2008; Rutter, 2007). Besonders stark betroffen sind vor allem die exekutiven Funktionen, wie die Aufmerksamkeitsspanne, Ablenkbarkeit, die Fähigkeit, Aufgaben seriell zu zergliedern und Pläne zu schmieden. Die Symptome sind der eines ADHS sehr ähnlich. Es zeigt sich auch, dass das Risiko, die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung zu bekommen, mit der Zahl der traumatischen Erfahrungen deutlich ansteigt (Brown et al., 2016). Die Symptome liessen sich aber eindeutig von einer klassischen Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung abgrenzen (Kreppner et al., 2001).

Beers und De Bellis (2002) haben die Intelligenztestprofile von traumatisierten Kindern untersucht und dabei ebenfalls festgestellt, dass diese Kinder ganz spezifische Auffälligkeiten im Bereich der exekutiven Funktionen aufweisen. Diese Befunde deuten auf neuropsychologischer Ebene darauf hin, dass dadurch die Fähigkeit der Selbststeuerung auch bei komplexeren kognitiven und akademischen Aufgaben massiv eingeschränkt ist. Dies wird sich natürlich massiv auf die schulische Entwicklung auswirken, weshalb potentielle Schwierigkeiten bei der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe auch schon bei der Hilfeplanung von sehr kleinen traumatisierten Kindern berücksichtigt werden muss (z.B. sollte eine Pflegefamilie so gewählt werden, dass auch der Besuch einer Sonderschule möglich ist).

Auswirkungen von hochunsicherem Bindungsverhalten und zwischenmenschlichem Misstrauen auf Pädagogik und Psychotherapie

Kinder müssen Bindungen eingehen, um ihre Versorgung zu sichern. Kinder, die von ihren Bezugspersonen vernachlässigt und misshandelt werden, müssen Mittel und Wege finden, wie sie trotz ihrer Angst eine Beziehung zu ihren Eltern eingehen können, weshalb diese Kinder schon sehr früh beginnen zu dissoziieren, um diesen Kontakt auszuhalten (Liotti, 2004).

Das zentrale Problem für Bindungsstörungen in der Pädagogik ist, dass Psychotherapeuten und Pädagogen damit arbeiten, dass die Klienten eine vertrauensvolle Beziehung zu ihnen aufbauen können. Allerdings zeigt sich, dass die Bindungsrepräsentation der Klienten häufig auf Therapeuten (Dienner & Monroe, 2011; Wallin, 2015) und vermutlich auch auf pädagogische Bezugspersonen übertragen werden. Ein zentrales Problem ist, dass manche traumatisierten Klienten derart viel Angst vor erneuten Beziehungsverlusten und dem Kontrollverlust in emotional besetzten Beziehungen haben, dass sie versuchen, emotionale Beziehungen möglichst zu vermeiden. Für das Helfersystem, insbesondere Pflegeeltern, ist es ungemein belastend, wenn das Kind, für das man sich über Jahre hinweg emotional engagiert hat, kaum emotionalen Kontakt aufnimmt, scheinbar nichts „zurückkommt“ und das Kind den Pflegeeltern nur selten signalisiert, dass es gerne bei ihnen ist. Anders herum nährt und motiviert es das Helfersystem sehr, wenn Klienten signalisieren, dass sie die Arbeitsbeziehung als wertvolle Beziehung für sich erleben, dass der Eindruck entsteht, dass unser Beziehungsangebot für die Klienten wichtig ist und sie ihre Sorgen und Probleme gerne mit uns teilen.

Kinder mit einer sicheren Bindung lassen sich im pädagogischen Alltag viel einfacher steuern, da sie sich besser in ihre Bindungspersonen hineinversetzen sowie deren Werte und Erwartungen intern teilweise bereits repräsentiert haben. Ein sicher gebundenes Kind schaut, bevor es auf Klettergerüst steigt, nochmal zu seiner Mutter, um die Gefahreinschätzung abzugleichen. Sicher gebundene Kinder reagieren unter Umständen schon auf ein Räuspern, das Heben der Stimme oder einen Blick der Eltern und stellen daraufhin ihr Fehlverhalten ein. Unsicher gebundene Kinder brauchen in der Regel viel intensivere Rückmeldungen und Erklärungen, da sie noch keine interne Repräsentation der Bezugspersonen entwickeln konnten.

Aus der Ambivalenz zweier Wünsche lassen sich auch die den pädagogischen Alltag oft sehr belastenden schlagartigen Wechsel aus Idealisierung eines Mitarbeitenden und der völligen Ablehnung und Dämonisierung erklären. Es besteht das Bedürfnis nach einer optimalen und perfekten, versorgenden Beziehung, welches aber in Verbindung mit der Angst vor erneuten Enttäuschungen und Misshandlung auftritt, so dass traumatisierte Menschen einerseits eine intensive Beziehung suchen und andererseits in einer „Habachtstellung“ vor der geringsten Zurückweisung sind. Solche Idealisierungen beginnen meist mit einem besonders schmeichelnden Beziehungsangebot (vgl. Schmid, 2007, 2010, 2012; „Die Narzissmussfalle“, vgl. Lohmer, 2002) an eine Fachkraft („Sie sind meine Lieblingserzieherin, Ihnen kann ich Dinge erzählen, die ich noch niemanden erzählen konnte.“), die dann oft recht schnell immer intensiver werden. In dieser Entwicklung fühlt sich die Fachkraft immer unwohler und mit den Beziehungswünschen des Klienten zunehmend überfordert. Die Helfer distanzieren sich dann häufig von der Jugendlichen bzw. versuchen, ihnen aus dem Weg zu gehen. Die Jugendlichen erleben diese abrupte Distanzierung als einen erneuten Verrat und reagieren oft sehr emotional mit Symptomen und heftiger Entwertung der Bezugsperson auf dieses erneute „Im Stich gelassen werden“. Um Fachkräfte vor diesen Erfahrungen zu schützen, ist es wichtig, ihnen die Balance zwischen emotionalem Engagement, der Bereitschaft zu geben und einer professionell-reflektierenden Distanz zu vermitteln. Für die Beziehungsgestaltung zu traumatisierten Menschen ist es gut zu wis-

sen, was jeder Mensch in seiner professionellen Rolle mit den vorhandenen Ressourcen sicher umsetzen kann. Es sollte nur etwas versprochen werden, was auch zu 100% eingehalten werden kann, um den Klienten erneute enttäuschende Beziehungserfahrungen zu ersparen. Im Zweifelsfall ist es besser, weniger zu versprechen und dafür einzuhalten als die Beziehungsbedürfnisse ein weiteres Mal zu enttäuschen.

Defizite bei der Empathie- und Mentalisierungsfähigkeit

Wenn man bedenkt wie Mentalisierungsfähigkeit und Empathie gelernt werden, nämlich durch Spiegelung des Affekts eines Kindes durch eine sensible, vertraute und verfügbare Bezugsperson (Fonagy et al., 2004), ist es verständlich, warum viele traumatisierte Menschen solche Schwierigkeiten mit der Mentalisierung und dem Einfühlen in das Interaktionsverhalten von anderen Menschen haben. Mentalisierung bedeutet etwas vereinfacht, dass ich mein eigenes Verhalten von aussen und das Verhalten von anderen Menschen von innen beobachten kann. D.h. ich kann Interaktionen aus einer Metaebene heraus beobachten und mich in die Motive und Interessen von anderen Menschen in dieser Interaktion hineinversetzen.

Mehrere Studien haben sich intensiv mit der Frage der Empathieentwicklung, der „Theory of Mind“ und Mentalisierungsfähigkeit von traumatisierten und schwer vernachlässigten Kindern beschäftigt. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme war häufig deutlich eingeschränkt (Pears & Fischer, 2005; Pears & Moses, 2003).

Die Möglichkeiten der Perspektivenübernahme im Sinne der „Theory of Mind“ waren umso geringer ausgeprägt, je länger die Kinder Deprivationsbedingungen ausgesetzt waren (Colvert et al., 2008). Im Sinne des Mentalisierungskonzeptes (Fonagy et al., 2004) interessiert natürlich vor allem, wie die Fähigkeit der Perspektivenübernahme in emotionalen Drucksituationen noch realisiert werden kann. Hier akkumulieren sich dann Schwächen bei der Emotionsregulation mit den Defiziten bei der Perspektivenübernahme.

Aktuelle Studien belegen noch einmal sehr eindrücklich, wie eng die Unfähigkeit Reue und Mitleid mit anderen Menschen zu empfinden, mit traumatischen Erlebnissen, vor allem in der ganz frühen Kindheit zusammenhängen kann, aber nicht muss (Cima et al., 2008; Krischer & Sevecke, 2008; Gobin et al., 2015). Kinder mit diesen Persönlichkeitseigenschaften sind in pädagogischen Settings schwerer zu erreichen und brechen stationäre Jugendhilfemassnahmen häufiger ab (Schmid et al., 2014).

Vermutlich besteht das Hauptproblem in der pädagogischen Begleitung von kaltherzigen und unemotionalen Klienten einerseits darin, dass es auch aus Perspektive der Fachkräfte aus Angst vor Manipulation schwer fällt, eine emotionale Beziehung zu diesen Heranwachsenden aufzubauen. Andererseits ist es natürlich schwierig, jemanden zu erziehen, der weder eine emotionale Beziehung zu seinem Umfeld aufbaut, noch Angst vor pädagogischen Konsequenzen hat.

2.1 Eine Traumapädagogik braucht es folglich, weil...

Reflektiert man gut Gründe, warum sich traumapädagogische Konzepte entwickelt und derart schnell eine solche Beliebtheit und Verbreitung erfahren haben, lassen sich relativ schnell zentrale Punkte identifizieren, die an dieser Stelle nochmals wiedergegeben werden sollen (Schmid, 2013, 2014). Interessant ist, dass die Forderungen im angloamerikanischen Raum ähnlich begründet werden (Zelechowski et al., 2013):

1. Die Mehrzahl der fremdplatzierten Kinder berichtet über traumatische Lebensereignisse.
2. Diese komplex traumatisierten Kinder weisen einen spezifischen pädagogischen Bedarf auf und fordern die Mitarbeitenden auf besondere Art und Weise heraus.
3. Die Zahl der Abbrüche im Jugendhilfesystem muss reduziert werden - d.h. die Selbstwirksamkeit der begleitenden Fachkräfte und Teams mit besonders „schwierigen Fällen“ muss erhöht werden.
4. Die Mitarbeiterzufriedenheit muss sich verbessern, um gute Fachkräfte in der stationären Jugendhilfe halten, weiterentwickeln und den sozialpädagogischen Nachwuchs für diese Arbeit begeistern zu können.
5. Um Kinder und Mitarbeitende effektiver vor Grenzverletzungen schützen zu können.
6. Traumapädagogische Konzepte sind eine Alternative zur unspezifischen Förderung nach immer mehr Ressourcen - man kann Strukturen und Rahmenbedingungen schaffen, welche hoch belasteten Heranwachsenden und den betreuenden Fachkräften gerechter werden.
7. Um die pädagogischen Profession in einer engeren und effektiven Zusammenarbeit mit kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Institutionen zu stärken.

1. Die Mehrzahl von fremdplatzierten Heranwachsenden durchlebten traumatische Ereignisse

Traumatische Erlebnisse sind in der stationären Jugendhilfe eher die Regel als die Ausnahme. Über 75% der Kinder und Jugendlichen haben potentiell traumatisierende Ereignisse durchlebt (Jaritz, Wiesinger & Schmid, 2008; Schmid et al., 2013). Auch international werden ähnliche Prävalenzraten für die Anzahl der traumatischen Erlebnisse und fremdplatzierten Kinder berichtet (Zelechowski et al., 2013; Briggs et al., 2012). Es zeigt sich auch eine hohe Prävalenz an Traumafolgestörungen und komorbiden psychischen Störungen, die mit dem Konzept der Traumaentwicklungsstörung zu erklären sind (Schmid, 2007; Schmid et al., 2010, 2013). Die Vielzahl der traumatisierten und bindungsge störten Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe und im Pflegekinderwesen (Pérez et al., 2011; Oswald et al., 2010; Schröder et al., 2017) macht deutlich, dass Grundkenntnisse in Psychotraumatologie für die pädagogische Arbeit mit fremdplatzierten Kindern unabdingbar sind. Durch eine traumasensible Haltung lassen sich selbst unorthodoxe Verhaltensweisen auf Basis der Lebenserfahrung des Kindes als sinnvoll und entwicklungslogisch verstehen.

2. Spezifischer pädagogischer Bedarf - welche ganz besonderen Herausforderungen gehen mit der Betreuung schwer traumatisierter Kinder einher?

Die Tatsache, dass viele Kinder traumatisiert sind, rechtfertigt an sich noch keinen anderen pädagogischen Zugang. Dieser resultiert aber aus den ganz spezifischen pädagogischen Bedarfen, die diese Kinder aufweisen. Man kann komplexe Traumafolgestörungen als massive Regulationsstörung verstehen und davon ausgehen, dass von diesen Kindern gewisse interaktionelle und innerpsychischer Fertigkeiten nicht erlernt wurden, was auf ihrem Lebensweg immer wieder zu Problemen führt und sie an zentralen Entwicklungsaufgaben scheitern lässt. Kinder mit komplexen Traumafolgestörungen haben Schwierigkeiten, ihre Emotionen, ihre Frustrationen und Impulse zu kontrollieren. Ausserdem haben sie grosse Schwierigkeiten in Beziehungen und darin, in Interaktionen die Motive von anderen Menschen nachzuvollziehen (vgl. Kapitel zu den psychotraumatologischen Grundlagen). Das wesent-

lich und dauerhaft erhöhte Grunderregungsniveau kann leicht dazu führen, dass es noch leichter zu Kontrollverlusten kommt. Aus diesem Grund ist es wichtig, eine Atmosphäre und ein Milieu herzustellen, dass es den Heranwachsenden erlaubt, sich im Verlauf der Hilfe immer besser zu entspannen, sowie ihr Hyperarousal etwas herunter zu regulieren, weil sie Tag für Tag erleben, dass sie hier nichts zu befürchten haben.

3. Vermeidung von Abbrüchen, „Heimkarrieren“ und Verschiebebahnhöfen

Über die Hälfte der Jugendlichen in Heimplatzierung hat mindestens eine vorherige Fremdplatzierung durchlaufen (Jaritz et al., 2008; Polnay et al., 1997; Schmid et al., 2013). Einige besonders belastete Heranwachsende überfordern innerhalb kürzester Zeit mehrere Jugendhilfemassnahmen und finden sich auf einem Verschiebebahnhof zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe wieder (Gintzel & Schone, 1990). Komplex traumatisierte Kinder haben ein höheres Risiko, mehrere Platzierungen zu durchlaufen. Je mehr Wechsel zu verzeichnen sind, desto auffälliger ist das Bindungsverhalten (Pérez et al., 2011; Gahleitner & Schleiffer, 2010). Je mehr Traumatisierung, desto wahrscheinlicher sind auch viele Abbrüche (Pérez et al., 2011). Die gesellschaftlichen Folgen dieser Akkumulation von Abbrüchen sind immens. Die Zahl der Abbrüche in der Lebensgeschichte von fremdplatzierten Kindern erhöht das Risiko für mehr und schwerere Straftaten (Ryan & Testa, 2005), einer chronischen Teilhabebeeinträchtigung (Aarons et al., 2010, Schmid et al., 2014) und geht mit höheren medizinischen Folgekosten einher (Rubin et al., 2004).

Zudem darf nicht vernachlässigt werden, wie sich Abbrüche auch auf die pädagogischen Fachkräfte, die ihrerseits ebenfalls eine emotionale Beziehung zu den Kindern aufbauen, auswirkt. Bei vielen Abbrüchen von Kindern in ihrer Institution ist zu befürchten, dass sie ihr emotionales Engagement zurückfahren. Besonders belastend sind sicher Abbrüche, bei denen den Jugendlichen Ultimaten gestellt werden für Verhaltensprobleme, die sie realistischerweise gar nicht kontrollieren können, sondern eher aus Problemen der mangelnden Selbststeuerung resultieren. Da sich die Kinder und Jugendlichen dann selbst die Schuld dafür geben, wird dies negative Auswirkungen auf ihren Selbstwert und ihr interpersonelles Vertrauen gegenüber den Fachkräften haben (Schmid & Lang, 2013). Im Falle, dass ein Abbruch oder eine Umplatzierung in eine sozialpädagogische Einrichtung mit einer besseren Passung zu den Bedarfen des Kindes nicht zu vermeiden ist, sollten die Einrichtung und die Mitarbeitenden die Verantwortung für den Wechsel mittragen und dem Jugendlichen erklären, was sie nicht leisten können und was sie von der neuen Institution erwarten. Der Jugendliche sollte den Wechsel nicht auf sich und sein Fehlverhalten attribuieren oder gar als Strafe empfinden. Die Betroffenen sollten die Gründe transparent, in einer für sie wertschätzenden Art und Weise nachvollziehen können und dabei das Konzept der nicht ausreichenden Passung erläutert bekommen. Es versteht sich von selbst, dass ein solcher Übergang ausreichend Zeit braucht.

Unvorbereitete Abbrüche in der stationären Jugendhilfe resultieren oft aus Ohnmachtserfahrungen der pädagogischen Fachkräfte. Nicht selten werden zur Wiedergewinnung der Macht überzogene Strafen und Ultimaten ausgesprochen oder nach kinder- und jugendpsychiatrischer/psychotherapeutischer Unterstützung gerufen, da das Problem mit pädagogischen Mitteln nicht mehr zu lösen sei. Genau an diesem Punkt, an dem ein Problem in einer Wohngruppe als ausschliesslich psychiatrisch definiert wird, setzt die Traumapädagogik an, indem sie den pädagogischen Fachkräften durch psychotraumatologisches Wissen Möglichkeiten an die Hand geben möchte, wie sie im Alltag mit psychisch belasteten Kindern effektiver interagieren können. Schon das tiefgreifende Verständnis des Verhaltens eines Kindes führt in der Regel dazu, dass man sich sicherer mit einem

Klienten fühlt. Durch spezielle, individualisierte Fallbesprechungen kann die Selbstwirksamkeit der einzelnen Mitarbeitenden und des gesamten Teams gefördert werden. Wichtig ist dabei, dass in jeder Fallbesprechung möglichst konkrete Handlungsoptionen erarbeitet werden und man nicht im Leid und Schicksal des Falles verharrt (Schmid, 2010, 2012). Neben der Erhöhung der Selbstwirksamkeit der handelnden Fachkräfte auf den Wohngruppen kann Scheiterverläufen und Abbrüchen auch durch eine passgenauere Indikationsstellung und eine höhere Traumasensibilität von Seiten der zuweisenden Behörden vorgebeugt werden (Friedrich & Schmid, 2014).

4. Um Kinder und Mitarbeitende effektiver vor Grenzverletzungen schützen zu können

Eine nicht zu vernachlässigende Anzahl Kinder und Jugendliche werden innerhalb des Jugendhilfesystems nochmals Opfer von emotionaler, körperlicher oder sexueller Gewalt (Leeners, Bässler & Schmid, 2013), wie sich auch in der im Rahmen dieses Modellversuches durchgeführten epidemiologischen Studie zeigt.

Die Wahrscheinlichkeit von Grenzverletzungen unter den Jugendlichen wird durch die Rahmenbedingungen, die den „sicheren Ort“ ausmachen, deutlich reduziert. Schon die Forderung nach Unterbringung in Einzelzimmern (Positionspapier BAG Traumapädagogik, 2011) macht es unwahrscheinlicher, dass sich Kinder untereinander quälen und sexuell missbrauchen, ohne dass das pädagogische Team Warnzeichen entdecken kann. Auch die Enttabuisierung von traumatischen Erlebnissen, Sensibilisierung der Jugendlichen für ihre Grenzen und der wertschätzende Umgang schützen und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Ereignisse aufgedeckt werden. Viele traumatisierte Menschen haben nie Lernerfahrungen mit der Einhaltung von zwischenmenschlichen Grenzen gemacht, sondern im Gegenteil gelernt, dass sie nur Zuwendung erhalten, wenn sie entweder negative Aufmerksamkeit auf sich ziehen oder aber sich erniedrigen oder gar sexuell anbieten. Nicht selten können Menschen mit einer solchen Lerngeschichte am Anfang gar nicht glauben, dass ihnen jemand ohne „Gegenleistung“ derart positiv begegnet. Sie scheinen dann altvertraute und bekannte Reaktionen umso mehr zu provozieren. Typisch bei vielen misshandelten Kindern ist z.B., dass eine Situation pädagogisch gut geklärt scheint und dann plötzlich noch einmal anscheinend grenzen- und grundlos eskaliert. Das Misshandlungsrisiko von Pflegekindern in Pflegefamilien ist zum Beispiel vier- bis siebenmal höher als bei Kindern in der Allgemeinbevölkerung (Hobbs et al., 1999). Eine erneute Grenzverletzung durch eine Überforderung der Betreuungspersonen kann dabei einerseits durch das schwierige Temperament eines Kindes begünstigt werden (Ouyang et al., 2008; Engfer, 1991), andererseits aber eben auch eine unbewusste Reinszenierung von traumatischen Erlebnissen oder Misshandlungserfahrungen darstellen. Eine höhere Traumasensibilität kann also dazu beitragen, das Risiko für erneute traumatische Erfahrungen und Grenzverletzungen im Jugendhilfesystem bei den Jugendlichen deutlich zu senken.

Die Sensibilisierung der Mitarbeitenden für ihre eigenen Gegenübertragungsgefühle sowie der Austausch darüber, können die Mitarbeitenden entlasten. Ein System, in dem Mitarbeitende kollegial darauf achten, dass die Interaktion mit den Kindern den Beziehungsbedürfnissen des Kindes entspricht und die Grenzen der Kinder und Mitarbeitenden gewahrt werden, unterstützt die Psychohygiene der Mitarbeitenden und kann helfen, Grenzverletzungen zu verhindern. Eine Orientierung an einer Pädagogik des sicheren Ortes lässt natürlich auch in der Personalauswahl noch einmal ganz andere Massstäbe anlegen, so müssen Mitarbeitende sich schon in Vorstellungsgesprächen dazu erklären, wie sie ihre Grenzen und die Grenzen ihrer Klienten achten. Es macht unter diesen Aspekten auch Sinn, die Mitarbeitenden im Einstellungsprozess auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass sie

und ihre Kollegen aufgefordert sind, mit pathologischen Beziehungsangeboten sensibel umzugehen und sie gegebenenfalls auch Selbstverpflichtungserklärungen unterschreiben zu lassen, in dem sie Kollegen bei ersten Anzeichen von Fehlverhalten konfrontieren müssen (vgl. Fegert, 2010).

Unabhängig davon gibt die Orientierung an einen sicheren Ort auch die klare Vorgabe, dass dieser „sichere Ort“ nach Grenzverletzungen für alle Beteiligten wiederhergestellt werden muss (vgl. Kappeler, 2014). Dabei sollte man sich einerseits auf die traumapädagogische Grundhaltung besinnen und andererseits relativ klare Abläufe in den Einrichtungen implementieren, die allen Beteiligten mehr Handlungssicherheit vermitteln (Schmid & Fegert, 2015; Leeners et al., 2013).

5. Mitarbeiterzufriedenheit muss sich verbessern, um gute Fachkräfte in der stationären Jugendhilfe halten und den Nachwuchs für diese Arbeit begeistern zu können

Der Fachkräftemangel hat die Jugendhilfe bereits voll erfasst. Mit dem steigenden Bedarf an sozialpädagogischen Fachkräften durch den Ausbau der Tagesbetreuung etc. ist auch nicht abzusehen, dass sich daran in absehbarer Zeit etwas ändern wird, sondern dass sich die Situation eher noch verschärft. Die stationäre Jugendhilfe hat zudem das Problem, dass sie sich in gewisser Hinsicht als Durchgangsberuf etabliert hat (Schoch, 1989), viele Berufseinsteiger in diesem Feld ihre Erfahrung sammeln, dann aber in ambulante sozialpädagogische Angebote wechseln. Fast problematischer als echte Kündigungen sind innere Kündigungen, in welchen die Mitarbeitenden so abstumpfen, dass sie sich emotional nicht mehr von Kindern berühren lassen, sich persönlich weniger einbringen und immer weniger Freude an ihrer Arbeit und der Begegnung mit den Kindern und Jugendlichen haben. In extremen Fällen kann die Distanzierung auch zu einer distanzierten, strafenden Pädagogik führen.

Diese Wechsel sind sicher nicht ausschliesslich auf die direkte Arbeitsbelastung durch die Konfrontation mit sehr traumatisierten Heranwachsenden, ihren Verhaltensweisen und den Gegenübertragungsgefühlen zurückzuführen, dennoch ist nicht zu leugnen, welche immensen Belastung die Mitarbeitenden ausgesetzt sind. Die belastenden Lebenserfahrungen mit inneren Bildern von den traumatischen Erlebnissen und abgespalteten Emotionen können sich leicht auf sozialpädagogische Mitarbeitende übertragen.

Symptome von Burnout und sekundärer Traumatisierung sind bei helfenden Berufen weit verbreitet. Auch in der epidemiologischen Studie bei Schweizer Fachkräften aus der Heimerziehung zeigte sich eine sehr hohe Symptombelastung (Schmid & Fegert, 2015).

Die stationäre Arbeit ist von so immenser gesellschaftlicher Bedeutung, dass diese auch die verdiente Anerkennung erfahren sollte. Ein Problem der stationären Hilfen ist, dass die Fachlichkeit und die vielen kleine Dinge, die die Heimerziehung ausmachen, oft nur sehr schwer nach aussen zu tragen sind. Auch gibt es bisher wenige Konzepte, die das komplizierte milieutherapeutische Zusammenleben in Kombination mit einer gezielten Förderung gut beschreiben. In Vorstellungsrunden sind Mitarbeitende aus stationären Wohngruppen oft viel schneller fertig, da die ambulant arbeitenden Kollegen ihre Arbeit oft blumig mit Konzepten wie lösungsorientiert und multisystemisch beschreiben. Den Fachkräften auf Wohngruppen fällt es oft schwer, ihre Arbeit so blumig zu verpacken. Dabei ist es wichtig zu verstehen, dass vieles, was nach Alltagsgestaltung aussieht, wenn man es mit der richtigen Haltung und Absicht macht, eine ganz grosse Bedeutung für die weitere Entwicklung der Kinder hat. Es ist auch wichtig, dieses richtig zu „verkaufen“. Es macht einen grossen Unterschied für die Wahrnehmung als Profession, ob ich XY ins Bett bringe, eine Geschichte vorlese und mit ihm spreche, wie sein Tag war, oder ob ich ein wichtiges Abendritual gestalte und mit dem Kind gemeinsam den

Tag ressourcenorientiert reflektiere, um die Resilienzfaktoren des Kindes zu steigern. Es wird aber auch so sein, dass ein/e MitarbeiterIn mit der Bewusstheit ein ressourcenorientiertes Abendritual zu gestalten, diese Aufgabe mit einer grösseren Sorgfalt und einer anderen oder überhaupt einer konkreten Absicht durchführt und dadurch mit seiner Intervention mutmasslich auch eine andere, grössere Wirkung erzielt. Hier kann die Traumpädagogik wichtige Hinweise liefern und mit ihren Erkenntnissen dafür sensibilisieren, wie wichtig Kleinigkeiten im pädagogischen Alltag sein können und wie diese ausgestaltet sein müssen, um die Entwicklung von traumatisierten Kindern mit Alltagsinterventionen konkret zu fördern.

6. Konzeptionelle Antwort auf die unspezifische Förderung nach immer mehr Ressourcen - Schaffung von fachpolitischen Rahmenbedingungen und Leitungsstrukturen in der stationären und öffentlichen Jugendhilfe, die traumatisierten Kindern und Jugendlichen gerechter werden können

Die Rahmenbedingungen, unter denen „traditionelle“ Heimerziehung stattfindet, sind für schwer traumatisierte Kinder nicht immer förderlich. Um komplex traumatisierten Kindern die notwendige Sicherheit zu geben, wäre es wichtig, dass alle Abläufe vorhersehbar und berechenbar sind. Es gibt viele systemimmanente Dinge, die das Gefühl der Kinder, hier alles ab- und vorhersehen zu können, massiv unterlaufen. Zum Beispiel ist es in manchen Einrichtungen durchaus möglich, dass an Wochenenden völlig fremde Jugendliche zusammengelegt werden, dass wegen Krankheitsausfällen hektisch ein Nachtdienst organisiert werden muss und ein/e den Kindern kaum bekannte/r MitarbeiterIn aus einer anderen Gruppe einspringt. Teilweise werden hoch belastete Kinder in Obhut genommen und die anderen Kinder/Jugendlichen sollen nun plötzlich von einer Minute auf die andere mit diesen zusammenleben.

Die Ausführungen sollen zeigen, wie schnell sich im pädagogischen Alltag Dinge einspielen können, die einen zutiefst verunsichern können. Letztlich kann man mit Blick auf die personelle Ausstattung etwas provokant oder ernüchternd feststellen, dass sich eine individuelle Förderung der Kinder und Jugendlichen sowie verlässliche Zeiten für die Bezugspersonenarbeit oft nur bei Vollbesetzung und ohne aussergewöhnliche Ereignisse gewährleisten lassen. Realistischerweise ist dieses aber bei einer normalen Teamgrösse selbst ohne Krankheiten und Personalfluktuaton nur bei Berücksichtigung der tariflichen Urlaube kaum an 2/3 der Tage eines Jahres möglich. Nun werden fast reflexartig immer mehr personelle Ressourcen für die stationäre Jugendhilfe gefordert - aber wenn mehr Leute nicht wissen, was sie mit einem Kind tun können und sollen, ist dies per se noch keine Entlastung. Entscheidend ist es ein Konzept zu haben, wie die Ressourcen auch zielführend zur Stabilisierung der Kinder und Mitarbeitenden eingesetzt werden können. Traumapädagogische Konzepte liefern hierzu relativ schlagkräftige Argumente und können gut aufzeigen, warum diese Ressourcen genau benötigt werden (gezielte Förderung von Resilienzfaktoren, Versorgung der Teams, Individualisierung).

Oft wird das Spannungsfeld, in welchem sich die Heimerziehung bewegt, zwischen dort leben und dort arbeiten, bzw. die Kinder verändern/fördern, zu wenig beachtet, so dass das Pendel der Fachkräfte verständlicherweise oft zu sehr in Richtung der Veränderung ausschlägt. Auch die praktikable und eher kalte, sachliche Einrichtung, die manche Wohngruppen aufweisen, unterstützt nicht gerade, dass sich die Klienten hier wohl und geborgen fühlen. Traumapädagogische Konzepte wollen solche Zustände nicht akzeptieren und auch anhand von kleinen strukturellen Veränderungen sowie der transparenten Organisation von Alltagsabläufen Sicherheit vermitteln (Wiesinger et al., 2009, 2014; Lang et al., 2013). Zum Beispiel macht es viel aus, wenn ein Zimmer gemeinsam mit einem Kind indi-

viduell so eingerichtet werden kann, dass das Kind sich dort geborgen fühlt. Über Pflanzen und Aquarien können Aufenthaltsräume und Flure, in denen es regelmässig „knallt“, beruhigt werden. Damit setzt man eine andere Botschaft. Letztlich ist es eine Akzeptanz von Gewalt, wenn ich alles Zerbrechliche wegräume und stattdessen Stahltüren und Sicherheitsschleusen einbaue etc. Eine Erhöhung der äusseren Sicherheit erhöht zwar das Sicherheitsgefühl, kann aber nie zu einem Ort führen, an dem ich mich sicher und geborgen fühle. Auf struktureller räumlicher Ebene ist es ideal, wenn es auf der Wohngruppe Rückzugsräume gibt, in denen es möglich ist, zu einer Gruppe dazugehören und trotzdem seine Ruhe haben zu können und der Gruppe nicht voll ausgesetzt zu sein, z.B. Lesecken etc. Dadurch kann der Tatsache Rechnung getragen werden, dass viel traumatisierte Menschen in Grupsituationen mit Gleichaltrigen leicht überfordert sind, sich aber alleine ebenfalls häufig unwohl fühlen. Da viele traumatisierte Kinder Probleme mit dem verbalen Kurzzeitspeicher haben, kann es Sinn machen, viele Alltagsabläufe nicht nur zu besprechen, sondern auch mit Symbolen oder Fotos zu visualisieren, und z.B. auch die Dienstzeiten der Mitarbeitenden und die Ämter der Jugendlichen mit Portraitfotos zu versinnbildlichen etc. Die Wirkung dieser kleinen Interventionen ist immens, aber viele Einrichtungen lassen diese Chancen leider ungenutzt verstreichen.

7. Intensivierung der Kooperationsmöglichkeiten von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie bei der Begleitung komplex traumatisierter Heranwachsender

Viele schwer traumatisierte Kinder benötigen neben der sozialpädagogischen Betreuung auch kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Unterstützung, weshalb frühzeitig klare Kooperationsstrukturen zwischen beiden Professionen aufgebaut werden sollten. Erste Studien haben belegt, dass sich stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungstage durch eine intensive kinder- und jugendpsychiatrische Liaison in der Jugendhilfe reduzieren lassen, was die Beziehungskontinuität ebenfalls fördert (Besier et al., 2009; Schmid, 2013). Die von der Traumapädagogik angestrebte Steigerung der Selbstwirksamkeit der pädagogischen Fachkräfte verträgt sich hervorragend mit aufsuchenden kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Liaison-Modellen. Das traumapädagogische Fallverständnis und eine gemeinsame Sprache für die Symptome der Kinder erleichtern eine gemeinsame Falldefinition, und es ist relativ leicht möglich, sowohl für die Psychotherapie als auch die Pädagogik spezifische Ziele aus diesem Fallverständnis abzuleiten und gezielt in einer engen Zusammenarbeit zu verfolgen (Schmid et al., 2012; Schmid, 2012, 2013).

3 Ziele des Modellversuchs

Bei der Ausgangslage und der anfangs noch sehr geringen Verbreitung von traumapädagogischem Wissen und Konzepten in der Schweiz, war es das primäre Ziel, in einigen Modellinstitutionen traumapädagogische Konzepte zu implementieren und diese zu evaluieren. Es sollte schlicht ein grösseres Erfahrungswissen über die Anwendung von traumapädagogischen Konzepten in der Schweiz generiert werden, um zu erreichen, dass dieses Erfahrungswissen dann auch ausstrahlt und mit eigenen Erfahrungen verknüpft wird. Es zeigt sich immer wieder, wie herausfordernd es ist, grundlegende Change Management-Prozesse in institutionellen Strukturen zu erreichen, wenn nur einzelne Mitarbeitende eine Weiterbildung besuchen, motiviert in ihre Teams zurückkommen und dann mühsame Überzeugungsarbeit leisten müssen, so dass die Impulse nicht selten im pädagogischen Alltag untergehen. Deshalb ist es notwendig, ganze Wohngruppen, inklusive der Leitungsebene, weiter zu qualifizieren, wenn rasch nachhaltige Veränderungen erreicht werden sollen (Kärcher et al., 2012). Nur

Funktionsträger auf der Leitungsebene können förderliche Strukturen schaffen und im Falle von traumapädagogischen Konzepten auch für die Belastung und Bedürfnisse ihrer Mitarbeitenden sensibilisiert werden, um diese adäquat, nicht nur auf administrativer und fachlicher, sondern eben auch auf emotionaler Ebene unterstützen zu können.

Eine Besonderheit ist zudem, dass es in der Schweiz bis zum Abschluss des Modellversuchs keine zertifizierte Ausbildung in Traumapädagogik gab, so dass sich auch die Frage stellte, inwiefern die Konzepte aus Deutschland, den USA oder Australien überhaupt auf die Schweiz mit einem wesentlich höheren Anteil an delinquenten Jugendlichen in der Jugendhilfe überhaupt übertragbar sind. Vor Einführung des Modellversuchs wurden traumapädagogische Konzepte, auch weil sie oft nur auf altersheterogenen Gruppen mit vielen Kindern implementiert worden sind, von den sozialpädagogischen Fachkräften, die in ihrem Alltag mit delinquenten Jugendlichen konfrontiert werden, die in fast allen europäischen Ländern nur im Strafvollzug zu finden sind, oft auch etwas belächelt und als kuschelpädagogische Konzepte für kleinere Kinder abgetan. Deshalb sollten die Stärken und Spezifika des Schweizer Jugendhilfesystems besonders bei der Implementierung von traumapädagogischen Konzepten berücksichtigt werden.

Um traumapädagogische Konzepte nachhaltig, trotz der zu erwartenden Personalfuktuation implementieren zu können, war es wichtig, auch eine Struktur aufzubauen, die es ermöglicht, Nachwuchs zu generieren. Dies war am einfachsten und effektivsten über den Aufbau eines traumapädagogischen Ausbildungskurses zu realisieren, so dass ein Ziel des Modellversuchs auch darin bestand, Weiterbildungsmöglichkeiten in der Schweiz zu eröffnen, auch wenn es nicht möglich war, den Aufbau dieser Ausbildung direkt mit Bundesmitteln zu fördern.

3.1 Explizite Ziele

1. Traumapädagogische Konzepte und Haltungen sollten in den Modellinstitutionen möglichst nachhaltig implementiert werden.
2. Die Konzepte sollten in Institutionen mit unterschiedlicher Klientel angewendet und folglich entsprechend variabel sein und/oder gegebenenfalls für den Einsatz bei unterschiedlichen Zielgruppen adaptiert werden.
3. Um eine Verstetigung von traumapädagogischen Konzepten zu erreichen, sollte eine traumapädagogische Weiterbildung nach Richtlinien der BAG/DeGPT aufgebaut, fest implementiert und regelmässig evaluiert werden.
4. Erkenntnisse über den Prozess der traumapädagogischen Konzepte und Change Management-Prozesse in der Jugendhilfe im Allgemeinen sollten gewonnen werden, um es anderen Institutionen zu erleichtern, solche oder ähnliche Konzepte zu implementieren.
5. Wirksamkeit von traumapädagogischen Konzepten in der Schweizer Jugendhilfe sollte erstmals systematisch evaluiert werden.

3.2 Implizite Ziele

1. Vernetzung der Modellinstitutionen untereinander, um einen Fachaustausch am Leben zu erhalten und traumapädagogische Konzepte weiterzuentwickeln.
2. Das gesamte Feld der Jugendhilfe sollte für die traumatischen Erfahrungen ihrer KlientInnen sensibilisiert und ein Fachdiskurs angeregt werden.
3. Diskussion über den zielführenden Umgang mit „Systemsprengern“ und Heranwachsenden, die von einer Institution in die nächste „weitergereicht“ werden.
4. Sensibilisierung für Belastungen (Grenzverletzungen) und Leistungen von sozialpädagogischen Fachkräften im sozialpädagogischen Alltag.
5. Reflexion im Feld über die Bedeutung von förderlichen Leitungsstrukturen und die Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden.
6. Die höhere Traumasensibilität in der Jugendhilfe sollte auch auf andere psychosoziale Handlungsfelder ausstrahlen.

3.3 Inhalte des Modellversuchs

3.3.1 Was bedeutet eigentlich Traumapädagogik? Was ist das Besondere an einer Traumapädagogik?

Traumapädagogik ist die konsequente Anwendung des aktuellen Kenntnisstandes der Psychotraumatologie auf das pädagogische Verständnis der betreuten Menschen. Pädagogische und therapeutische Interventionen leben von der Beziehung. Kinder und Jugendliche, die Erfahrungen von Vernachlässigung, körperlicher und sexueller Gewalt nicht selten durch ihre unmittelbaren Bezugspersonen gemacht haben, werden alle weiteren Beziehungen und Interaktionen auf Basis dieser Erfahrungen betrachten. Wenn Kinder in einem Milieu aufwachsen, in dem sie häufig solche Erfahrungen machen, führt dies zu Adaptionen auf ganz unterschiedlichen Ebenen der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Diese Kinder werden sich einsam und wenig wertgeschätzt fühlen. Das Aufwachsen in einem völlig unberechenbaren und gefährlichen Umfeld wird zudem dazu führen, dass man ständig angespannt ist und die Umwelt selektiv mit einem Gefühl, dass jederzeit etwas passieren kann, nach Gefahrenmomenten absuchen. Es wird eine grosse Bereitschaft bestehen, rasch mit Kampf und Fluchtimpulsen zu reagieren. Dem soll ein Milieu entgegengesetzt werden - „ein sicherer Ort“ - welches es den Heranwachsenden erlaubt, ihre sinnvollen und bisher sehr nützlichen Schutzstrategien abzulegen, zur Ruhe zu kommen und sich auf neue Beziehungen und alternative Erfahrungen einzulassen (vgl. Tabelle „Gegenüberstellung von traumatisierendem und traumpädagogischen Milieu“).

Tabelle: Gegenüberstellung von traumatisierendem und traumpädagogischem Milieu

Traumatisierendes Umfeld	Förderliches traumpädagogisches Milieu
<ul style="list-style-type: none"> > Unberechenbarkeit > Einsamkeit / Isolation > Nicht gesehen, nicht beachtet, nicht gehört werden > Geringschätzung > Bedürfnisse missachtet > Ausgeliefert sein - Andere bestimmen absolut über mich > Abwertung und Bestrafung > Keine adäquate Förderung - häufige Überforderungs- oder Unterforderungssituationen > Leid 	<ul style="list-style-type: none"> > Transparenz / Berechenbarkeit > Beziehungsangebote > Beachtet werden / wichtig sein > Wertschätzung (auch der individuellen Besonderheit) > Bedürfnisorientierung > Mitbestimmen können - Partizipation an Entscheidungen > Ermutigung und Lob > Individuelle, dem Entwicklungsstand entsprechende Förderung > Freude

Ziel der Traumapädagogik ist es, korrigierende Beziehungserfahrungen zu vermitteln, die dem bisherigen Erleben entgegenstehen. Folglich wird eine beziehungsorientierte Pädagogik praktiziert. Traumapädagogische Konzepte gehen von der Bindungstheorie aus, wonach Fertigkeiten der Selbstregulation von Kindern nur im Kontakt zu sicher verfügbaren, sensitiven Bezugspersonen erlernt werden können (Powell et al., 2015). Menschen, die im Kindesalter Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch häufig durch unmittelbare Bezugspersonen erfahren haben, konnten diese Selbstregulationsfähigkeiten nicht erlernen, da es ihnen an entsprechend zugewandten und sensiblen Vertrauenspersonen mangelte.

Nimmt man die Bindungstheorie ernst, bedeutet dies, dass jeder Mensch die Selbstregulationsfertigkeiten auch später nur in vertrauensvollen Beziehungen entwickeln kann und hier etwas nachholen muss. Ein Dilemma der klassischen, hauptsächlich am Verhalten des Kindes orientierten Pädagogik ist nun, dass man von einem Kind mit unterentwickelten Selbstregulationsfähigkeiten genau diese Fertigkeiten und Fähigkeiten einfordert und es damit nicht selten überfordert. Um seine Selbstregulationsfähigkeiten weiter entwickeln zu können, braucht es vertrauensvolle Beziehungen. Diese kann es aber aufgrund eigener traumatischer Erfahrungen und des daraus resultierenden zwischenmenschlichen Misstrauens nicht eingehen (Rotenberg, 2012), so dass seine Entwicklung stagniert und es überfordert ist. Wird es nun von den Bezugspersonen sanktioniert, belastet das die Beziehung zur Bezugsperson, verstärkt das zwischenmenschliche Misstrauen sowie gleichzeitig die Probleme beim Aufbau von Selbstregulationsfertigkeiten. Traumapädagogische Konzepte setzen hingegen an der Beziehungsfähigkeit des Kindes, seiner Selbstwirksamkeit in Beziehungen und seinen Bedürfnissen nach Bindung und Kontrolle an. Zentrales Ziel ist, dass das Kind positive Beziehungserfahrungen macht, Vertrauen zum Team aufbauen kann und sich die Unterstützung der Fachkräfte für Probleme bei der Selbstregulation holen und auch annehmen kann.

Zentrales Ziel einer beziehungsorientierten Pädagogik ist es, die Beziehungsfähigkeit zu verbessern und Ziele gemeinsam zu erreichen. Eine beziehungsorientierte Pädagogik wird vor allem anhand der Sprache und dem individuellen und persönlichen Umgang mit Regeln sichtbar (Schmid, 2013, 2016,

2017). Absprachen und Regeln sind dazu da, das gemeinsame Zusammenleben „zu regeln“, werden mit den Klienten ausgehandelt und in der Beziehung begründet. „Sei bitte um 22.00 Uhr wieder da, sonst mache ich mir Sorgen um Dich“ statt „Wenn Du nicht um 22:00 Uhr da bist, greift Sanktion X“. Sie werden durch die Beziehung begründet und durch diese emotional engagiert eingefordert. Durch diese Aushandlungsprozesse können Regeln von den Klienten eher akzeptiert und leichter individualisiert werden. Der Sinn und Nutzen der Regeln kann durch diese persönlichen Begründungen und Aushandlungsprozesse eher verinnerlicht und gemeinsam mit Bindungsrepräsentationen in das eigene Wertesystem aufgenommen werden. Derart verinnerlichte Regeln können dann auch zur Verhaltenssteuerung herangezogen werden, wenn keine unmittelbaren Konsequenzen zu befürchten sind. Diese Aushandlungsprozesse garantieren auch, dass nur Regeln im Regelwerk aufgenommen werden, die allen Teammitgliedern wichtig sind und für die sie sich auch im Alltag intensiv mit dem notwendigen emotionalen Engagement einsetzen werden. Zu viele Regeln führen oft dazu, dass sie nicht allen sozialpädagogischen Fachkräften und schon gar nicht bei allen Jugendlichen präsent sind. Es ist manchmal schon überraschend diskrepant, was manche Teams Jugendlichen im schulischen Bereich an Aufnahmekapazität zutrauen und was sie ihnen beim Regelwerk auf einmal zumuten und zutrauen wollen. Die Notwendigkeit der persönlichen Auseinandersetzung mit Regeln sensibilisiert auch mehr für die günstigen Zeitpunkte, an denen Regeln eingefordert und der Unmut über nicht eingehaltene Absprachen mit den Klienten besprochen werden können. Es macht nur dann Sinn mit der/dem Jugendlichen das Gespräch zu suchen, wenn er/sie auch relativ entspannt, ruhig und aufnahmefähig ist. In agitiertem Zustand geht es primär um Beruhigung. Es ist illusorisch, Regeln einzufordern, wenn die Anspannung und Dissoziationsneigung so stark sind, dass die Sachen gar nicht mehr bewusst verarbeitet werden können.

Bei Problemen und Wünschen nach Veränderung wird eher der Beziehungsaspekt und die Unterstützung durch die Fachkräfte betont (Wir-Sprache) statt Druck auf das Kind/den/die Jugendliche auszuüben (Du-Sprache, Du musst...). Eine gute Möglichkeit, sich für eine beziehungsorientierte Sprache zu sensibilisieren, ist das Modell von Schulz von Thun (1981, 1989, 1998). Es ist in der Begleitung von traumatisierten Menschen sehr wichtig, explizite Beziehungsaussagen zu machen und deren Intention immer wieder zu klären, da die Betroffenen oft nicht in erwarteter Art und Weise auf implizite Beziehungsaussagen reagieren, weil sie diese sonst vor dem Hintergrund ihrer vorausgegangenen Beziehungserfahrungen interpretieren, aber vom Sender, insbesondere von sozialpädagogischen Fachkräften, so gar nicht intendiert waren. Z.B. könnte die Aussage einer sozialpädagogischen Fachkraft - „Du kannst heute nicht mit ins Kino kommen, Du hast dein Ämtli noch nicht gemacht“ - den Gedanken auslösen „die mögen mich nicht, die wollen mich nicht dabei haben“ - was die Fachkraft natürlich nie vermittelt haben wollte, bei der/dem Jugendlichen aber aufgrund seiner/ihrer Ausstosserfahrungen aber so ankommt. Deshalb ist es wichtig, hier eine klare Beziehungsaussage zu machen: „Ich würde Dich sehr gerne heute mit ins Kino nehmen, sehe aber, dass dein Ämtli noch nicht gemacht ist. Wie können wir das Problem lösen?“

Zentrales Element für den Aufbau von alternativen, verlässlichen Beziehungserfahrungen ist das Verständnis der besonderen Beziehungsdynamik und der Intensität der Gegenübertragungsgefühle, die diese Kinder in den Betreuungspersonen auslösen. Die Teams werden sehr gezielt hingeführt, Interaktionen mit Jugendlichen zu reflektieren, sensibel zu erkennen und sich darüber auszutauschen, wobei der zentrale Punkt dabei die Stärkung der Selbstwirksamkeit der Fachkräfte ist. In Teambesprechungen wird eine Atmosphäre geschaffen, welche es erlaubt, die eigene Verunsicherung und den emotionalen Belastungsalltag anzuschauen sowie schwierige Interaktionen zu analysieren. Bei der Analyse von belastenden Interaktionen wird einerseits nach guten Gründen für das Verhalten des

Klienten gesucht, andererseits auch nach Möglichkeiten, die die Fachkraft versorgen und handlungsfähig halten zu können.

Die emotionalen Reaktionen auf das Verhalten der Kinder müssen im pädagogischen Prozess beachtet, in der beruflichen Rolle konstruktiv genutzt und der Mensch dahinter gut „emotional versorgt“ werden, d.h. es muss ein guter Umgang mit diesen heftigen Gefühlen gefunden werden. Basis für jede Traumapädagogik ist somit ein emotional belastbares, d.h. ein gut versorgtes und motiviertes Team, das bereit ist, seine emotionale Reaktion auf die Kinder zu teilen und damit einerseits zu arbeiten, sich andererseits aber auch zu entlasten. Dafür brauchen die Mitarbeitenden in ihren Teams auch „sichere Orte“. Zusätzlich erfahren die Heranwachsenden eine gezielte traumapädagogische Förderung und zwar genau in jenen Fertigungsbereichen, die komplex traumatisierte Menschen nicht erlernen konnten. Zudem benötigt eine traumapädagogische Gruppe eine verinnerlichte Ressourcenorientierung und die Bereitschaft, den Kindern grundlegende Alltagsfertigkeiten (Essen mit Messer und Gabel etc.) zu vermitteln.

3.3.2 Ansatzpunkte für traumapädagogische Interventionen

Ansatzpunkte für traumapädagogische Interventionen sind folglich einige Fertigkeiten, die infolge einer Traumafolgestörung unterentwickelt sind (vgl. Abbildung „*Konzept einer Versorgungskette*“):

1. An erster Stelle steht die Vermittlung eines sicheren Ortes zur Vermeidung von Retraumatisierungen und zur Stabilisierung der Jugendlichen,
2. ein Angebot von hoffnungsvollen Bindungen vermitteln (vgl. Hart, 2006),
3. die Verbesserung der Emotionsregulation,
4. die Überwindung der Selbstunwirksamkeitserwartung durch Partizipation und den Aufbau von sozialen Fertigkeiten und positiven Schemata - Selbstbild,
5. die Verbesserung der Selbst-, Fremd- und Körperwahrnehmung sowie damit eine Reduktion der Dissoziationsneigung und
6. Förderung der exekutiven Funktionen, der Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer bei kognitiven Aufgaben,
7. Sensibilisierung für eigene Bedürfnisse und
8. Förderung von dynamischen, systemischen und intrapersonellen Resilienzfaktoren.

Der „sichere Ort“ ist die absolute Basis im traumapädagogischen Konzept, da man davon ausgehen kann, dass die Kinder und Jugendlichen ihre in ihren traumatisierenden Umwelten erlangten „Überlebensstrategien“ nur dann werden aufgeben können, wenn sie sich wirklich sicher fühlen und nach und nach alternative Fertigkeiten für nicht traumatisierte Umwelten erlernen können.

Dies verdeutlicht, warum eine dem Entwicklungsstand entsprechende Partizipation der Kinder und Jugendlichen an ihrer Hilfeplanung und Alltagsgestaltung ein wichtiges Grundprinzip traumapädagogischen Handelns darstellt. Für die Abläufe in einer Institution bedeutet dies maximale Transparenz und Vorhersagbarkeit aus Sicht des Kindes/Jugendlichen (Dienstpläne, Tagesabläufe etc.). Es wäre naiv zu glauben, dass man eine Wohngruppe mit derart belasteten Kindern 100% sicher gestalten kann. Entscheidend ist aber, dass das Milieu von einer Haltung geprägt ist, welche dieses Ziel verfolgt

und gegebenenfalls auf entstandene Unsicherheiten derart sensibilisiert ist, dass diese kontinuierlich aufgegriffen und aufgeklärt werden und die Sicherheit somit umgehend wiederhergestellt werden kann (vgl. Schmid, 2010, 2013; Lang et al., 2009; Bausum, 2009; Schmid & Fegert, 2015).

3.3.3 20 Thesen zur traumapädagogischen Haltung

1. **Traumatisierte Menschen haben einen besonderen pädagogischen Bedarf, sind in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe extrem gefährdet und brauchen daher in vielen Lebensbereichen ganz konkrete pädagogische Unterstützung** - Diese pädagogische Unterstützung wird dem Entwicklungsstand der Klienten entsprechend zukunfts-, verhaltens-, lösungs- und ressourcenorientiert gegeben, um rechtzeitig, niederschwellig und ausreichend intensiv unterstützen zu können.
2. **Traumatisierte Menschen** (und Menschen, die mit ihnen arbeiten) **brauchen sichere Orte, um ihre erlernten Defensivreaktionen aufzugeben bzw. überwinden zu können** - ein sicherer Ort ist in pädagogischen Settings ein hehres, nicht immer zu haltendes Ziel. Es ist aber unabdingbar, dieses Ziel anzustreben und nicht vor der Gewalt zu kapitulieren! Wird der sichere Ort verletzt, sollte er mit den Beteiligten gemeinsam wieder rekonstruiert werden.
3. **Die traumatischen Beziehungserfahrungen prägen das aktuelle Interaktionsverhalten mit all seinen Facetten** – jede Interaktion, insbesondere die schwierigen (und gerade die mit den pädagogischen und therapeutischen Fachkräften) werden von der psychosozialen Lerngeschichte und den Bindungsrepräsentationen der Klientin/des Klienten beeinflusst - **dies ist eine besondere Herausforderung, aber auch eine grosse Chance für die pädagogische Arbeit mit diesen Klienten.**
4. **Korrigierende Beziehungserfahrungen und die pädagogische Präsenz sind das was wirkt und gar nicht so selten sogar das, was heilt.**
5. **Um korrigierende Beziehungserfahrungen und pädagogische Präsenz anbieten zu können, braucht es gut versorgte, stabile und sichere Mitarbeitende** - d.h. ausreichend Raum für Psychohygiene, spezifische, auf die Selbstwirksamkeit der sozialpädagogischen und psychotherapeutischen Fachkräfte abzielende Fallbesprechungen und ausreichend Raum zur kritischen Fall- und Selbstreflektion - dies muss strukturell im pädagogischen Konzept der Einrichtung verankert sein. Die Mitarbeitenden brauchen, um deeskalierend wirken zu können, dieselben Fertigkeiten wie die Kinder bzw. Klientinnen und Klienten (Selbstwirksamkeit, Emotionsregulation, Stresstoleranz, Resilienz).
6. **„Jeder Mensch ist ein Sonderfall - jeder Mensch ist durch seine alleinige und einzigartige Lebensgeschichte geprägt.“** Zitat von Joseph Weizenbaum - ein gutes und tragfähiges pädagogisches Konzept sollte versuchen, den Bedürfnissen jedes Sonderfalls so gerecht wie möglich zu werden und individualisierte pädagogische Konzepte anbieten, um die Bedürfnisse des Einzelnen mit denen der Gruppe in Einklang zu bringen.
7. **Traumatisierte Klientinnen und Klienten konnten in ihren Herkunftssystemen bestimmte wichtige Fertigkeiten nicht erlernen, diese müssen mit ihnen im Rahmen der Traumapädagogik spezifisch gefördert werden.**
8. **Symptome und Fehlverhalten von Klientinnen und Klienten haben immer einen „guten Grund“** - diesen zu verstehen, wertzuschätzen und daran anzusetzen bedeutet aber nicht, mit dem

Problemverhalten einverstanden zu sein. Ein Klient kann sein Problemverhalten aber nur aufgeben wenn er für den guten Grund zu versorgen alternative Verhaltensweisen zur Verfügung hat. Dies muss mit den Klienten gemeinsam erarbeitet werden („Säge nicht den Ast ab auf dem der Klient sitzt, bevor Du ihm geholfen hast eine Leiter zu bauen.“ Fred Kanfer).

9. **Traumatische Erlebnisse sind Erfahrungen der Ausweglosigkeit** und des Ausgeliefertseins, die mit Gefühlen der Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit einhergehen. Diese Gefühle der Alternativlosigkeit können sich leicht auch auf das Helfersystem übertragen - **deshalb ist es wichtig, stets noch einen Plan „B“** zu haben, oder mit den Worten von Heinz von Förster: „Handle stets so, dass die Zahl deiner Wahlmöglichkeiten grösser wird“.
10. **Problemverhalten wird oft durch Unsicherheit und Übererregung ausgelöst** – weshalb es wichtig ist, eine Umwelt zu schaffen, die möglichst viel Sicherheit, Ruhe, Geborgenheit, Wertschätzung und Freude (Ästhetik, Freizeitangebote) vermittelt und eine dem Entwicklungsstand entsprechende Möglichkeit zur Partizipation bietet (z.B. kindgerechte Möbel).
11. **Je mehr Spass und Freude wir mit unseren Klientinnen und Klienten im pädagogischen Alltag erleben - desto besser und erfolgreicher ist unsere Arbeit.**
12. **Persönliche Absprachen und die pädagogische Präsenz des einzelnen Mitarbeitenden sind viel wirkungsvoller als institutionelle Regeln.**
13. **Deeskalation hat Vorrang - es macht keinen Sinn, mit traumatisierten Menschen im hoch erregten oder dissoziierten Zustand zu diskutieren.**
14. Geduld - „**Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht**“ (afrikanisches Sprichwort). Die direkten und schnellen Einfluss- und Veränderungsmöglichkeiten sind begrenzt. In der traumapädagogischen Begleitung von Menschen geht es oft vor allem darum, günstige Voraussetzung für eine positive Entwicklung der Klientinnen und Klienten zu schaffen. Um im Bild zu bleiben: Wenn das Gras optimal gedeihen soll, sollte der Gärtner nicht daran ziehen, sondern darauf achten, dass es ihm an nichts mangelt, es gut düngen, bewässern, hegen und pflegen.
15. **You never walk alone!** Anderen Hilfe geben und selbst um Hilfe bitten. Dies gilt für die Mitarbeitende im Team, die Institution und ihre Kooperationspartner und auch für die Kinder/Klienten. Gerade für schwer belastete Kinder kann es eine gute Erfahrung sein, selbst anderen zu helfen, die andere Probleme haben. Es macht als Wohngruppe auch Sinn, sich für andere Menschen, die Hunger leiden, geflüchtet sind etc. zu engagieren, um für die eigenen Ressourcen zu sensibilisieren (vgl. Brendtro, Brokenleg & Van Bockern, 2009).
16. **Traumapädagogische Fach- und insbesondere Leitungskräfte sind mit ihrem Verhalten ein wichtiges Modell** - die traumapädagogischen Grundhaltungen sollten daher das Milieu der gesamten Einrichtung und seine Kooperationsbeziehungen prägen.
17. **Wertschätze und achte die Überlebensleistung, Ressourcen und Resilienz der Klientinnen und Klienten!**
18. **Beachte einerseits die Loyalitätsbindungen der Klientinnen und Klienten zu ihrem Herkunftssystem und schütze diese andererseits wirksam vor Retraumatisierungen und maladaptiven Einflüssen des Herkunftssystem - nehme eine Mehrgenerationenperspektive ein, um den Eltern mit der notwendigen Wertschätzung und Empathie begegnen zu können.**
19. **Fördere die Autonomie der Klientin bzw. des Klienten ihres/seines Entwicklungsstands entsprechend - verstehe deine Hilfe als „Hilfe zur Selbsthilfe“.** Jede professionelle HelferIn, jeder

professionelle Helfer sollte sich stets vergegenwärtigen, dass unsere Hilfe lediglich einen Übergang darstellt und die Klientin und den Klienten mittelfristig ein selbständiges Leben oder ein Leben mit weniger intensiven Hilfen ermöglichen soll.

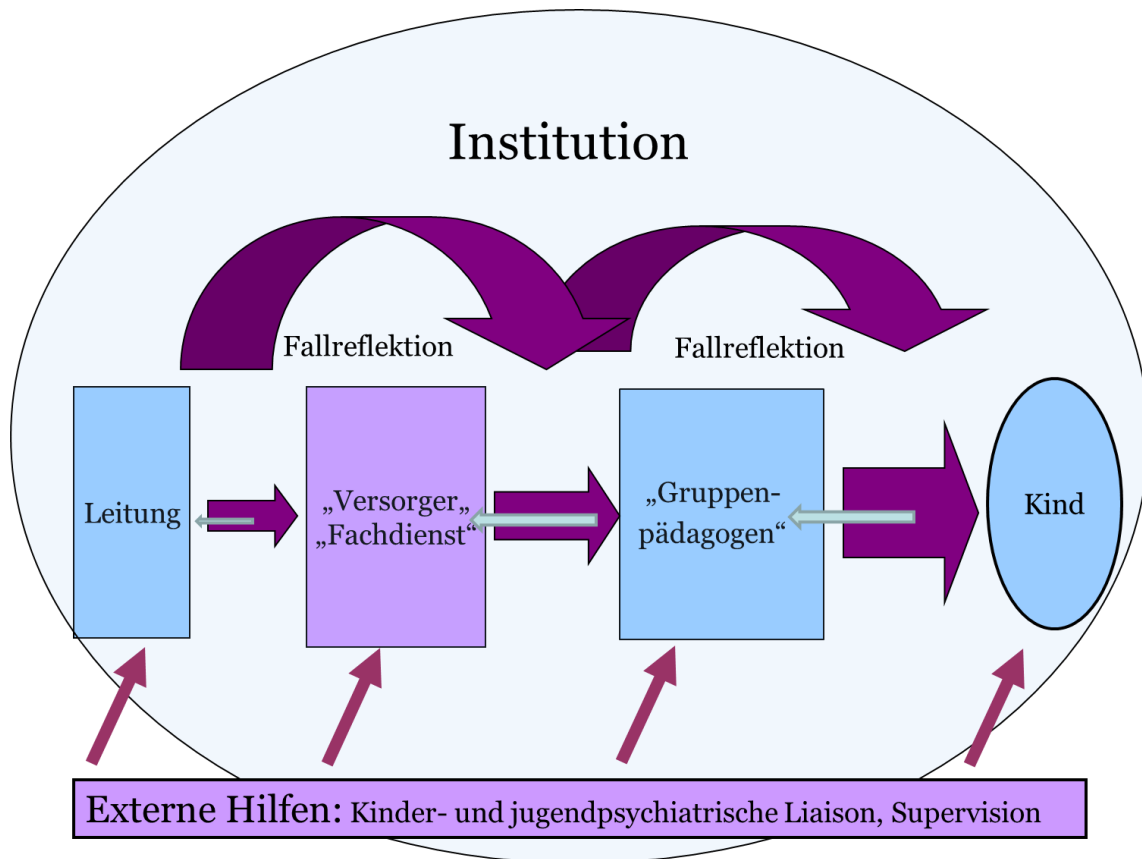
- 20. Traumapädagogische Konzepte entwickeln sich durch kontinuierliche Evaluation und stetige Qualitätssicherung immer weiter** - weshalb die Wirkung der (trauma-) pädagogischen Interventionen auf individueller und institutioneller Ebene regelmässig überprüft werden sollte.

3.3.4 Was ist das Besondere an einem traumapädagogischen Konzept?

Skeptiker mögen zu Recht argumentieren (siehe auch fachpolitische Diskussion in diesem Bericht), dass in der Heimerziehung schon immer traumatisierte Kinder und Jugendliche betreut wurden, dass viele dieser interaktionellen, beziehungsorientierten Handlungsprinzipien und traumapädagogischen Haltungen bereits vor fast 100 Jahren von pädagogischen Klassikern wie Janusz Korczak (2002), Fritz Redl (1971) und August Aichhorn (2005) beschrieben wurden und die Förderung der Emotionsregulation, Selbstwirksamkeit und sozialen Kompetenz die Grundlage jeder Erziehung und Entwicklung ist. Es ist verwunderlich, dass die Klassiker der Pädagogik derart in Vergessenheit gerieten und ihre Forderungen nach Partizipation und der Fokussierung der Bedürfnisse des Kindes heute aktueller sind denn je. Sie sind es vermutlich auch, weil sich die Bedeutung ihrer Konzepte nun auch aus der Psychotraumatologie herleiten lässt.

Die kindzentrierten Anteile sind in der Tat vermutlich nur eine sehr konsequente Umsetzung einer guten Pädagogik. Hier unterscheiden sich traumapädagogische Konzepte möglicherweise „nur“ durch die Intensität und Konsequenz in der Haltung (vgl. Schmid, 2010; Schmid & Lang, 2012). Die zentrale Innovation der Traumapädagogik, wie sie hier im Modellversuch umgesetzt wird, ist aber neben der konsequenten Anwendung des psychotraumatologischen Wissens auf die Pädagogik hauptsächlich, dass nicht ausschliesslich das Kind oder der/die Jugendliche im Zentrum der Pädagogik stehen, sondern die pädagogischen Mitarbeitenden ebenfalls Adressaten des pädagogischen Konzeptes sind und gezielt entsprechende Strukturen für die Stabilisierung der Mitarbeitenden und deren Versorgung geschaffen werden (Schmid & Lang, 2012). Die Mitarbeitenden werden von einer Versorgungsebene/Fachdienstebene auf administrativer, fachlicher und aber insbesondere auch auf emotionaler Ebene unterstützt (vgl. Abbildung „Konzept der Versorgungskette“). Dabei sollen auch jeweils die Interaktionen zwischen Kindern und Fachkräften sowie zwischen Fachkräften und Fachdienst auf einer Metaebene analysiert werden, so dass durch solche Interaktionsanalysen frühzeitig schwierige Gegenübertragungsgefühle identifiziert und „versorgt“ werden können, möglichst bevor sich diese in einem akuten Konflikt aktualisieren und eskalierend entladen.

Abbildung: Konzept einer Versorgungskette (Schmid, 2010)



Basis für die traumapädagogische Arbeit ist daher, dass die Mitarbeitenden ein Teil des Konzeptes sind und ihre Unterstützung durch das Konzept gesichert wird. Dahinter verbirgt sich die Annahme, dass nur stabile und „sichere“ Mitarbeitende die Kinder in einer Krise stabilisieren können, weshalb es bedeutsam ist, nicht nur bei den Kindern anzusetzen, sondern sehr viel Wert auf die Stabilisierung und Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden zu legen (vgl. Lang, 2009; Kühn, 2009; Schmid, 2010, 2012, 2017). Man kann davon ausgehen, dass die Mitarbeitenden in Krisen für ihre eigene Stabilisierung letztlich dieselben Fertigkeiten wie die Kinder einsetzen und erlernen müssen (natürlich auf einem viel höheren Niveau) und auch von derselben Haltung profitieren (Schmid & Lang, 2012; Schmid & Fegert, 2015).

Ausserdem können in diesen Fertigkeiten geübte Mitarbeitende diese Techniken vermutlich wesentlich besser an die Kinder und Jugendlichen vermitteln. Neben dem Aspekt der Unterstützung und Versorgung der Mitarbeitenden, welcher ein zentrales Ziel einer Kooperation mit externen Psychotherapeuten und Supervisoren sein kann, ist somit auch die Vermittlung dieser Fertigkeiten von grossem Interesse. Sie beziehen sich nach dem oben beschriebenen traumapädagogischen Konzept ebenso bei den Mitarbeitenden darauf, auf Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit, Emotionsregulation und Resilienzförderung/Psychohygiene (Schmid et al., 2007; Lang et al., 2009; Schmid, 2010) zu achten sowie zu fordern und zu fördern. Für die Versorgung der Mitarbeitenden werden entsprechende Strukturen aufgebaut und die Leitungskräfte bekommen im Rahmen eines traumapädagogischen Konzeptes die Aufgabe, bei den Belegungsplanungen, Fallbesprechungen sowie der Organisation der Abläufe entsprechend auf die Bedürfnisse der Mitarbeitenden zu fokussieren. Letztlich brauchen sowohl die Mitarbeitende als auch die Kinder einen sicheren Ort, an dem sie sich selbstwirksam erle-

ben und es Abläufe und Strukturen gibt, die für sie im Alltag und in Krisensituationen verlässlich und berechenbar sind.

3.3.5 Was braucht es, um die Trias einer Pädagogik des sicheren Ortes umzusetzen?

Anhand der Ausführungen zur Versorgungskette und zur Trias des sicheren Ortes wird deutlich, dass bei der Implementierung von traumapädagogischen Konzepten eher auf eine Haltungsentwicklung als auf die Vermittlung spezieller Interventionstechniken fokussiert wird. Diese Haltungen werden eben nicht nur die Kinder, sondern auch explizit die Strukturen, die organisatorischen Abläufe und eine gewisse Haltung in der Mitarbeiterführung betreffen. Die Erfahrung zeigt leider auch, dass es wenig bringt einzelne Mitarbeitende eines Teams zu schulen, wenn man die Konzepte einer Wohngruppe verändern möchte. Die Mitarbeitenden kommen zwar oft enthusiastisch von ihren Weiterbildung zurück, es ist aber oft nicht einfach, das Festhalten an Bewährtem und einen gewissen Widerstand der Kollegen zu überwinden, die die Fortbildungsinhalte „nur“ aus zweiter Hand erfahren. Zudem fehlt in der Regel die Zeit für die Reflektion von solchen Veränderungen und zur Diskussion des Für und Wider von Veränderungen, was oft dazu führt, dass Mitarbeitende die Lust an Innovationen und Fortbildungen verlieren. Für nachhaltige Veränderungen braucht es ein gemeinsames Projekt aller Fachkräfte, mehr Zeit und mehr Ressourcen für die Umsetzung. Genau hier setzt dieses Projekt an.

3.3.6 Die Projektidee

Zentrales Ziel der Projekte war es, Jugendhilfeinstitutionen auf ihrem Weg hin zu traumapädagogischem Arbeiten zu begleiten, ihnen einerseits, das dafür notwendige psychotraumatologische Wissen zu vermitteln und andererseits den Umsetzungsprozess in den Institutionen zu begleiten, d.h. dabei zu helfen, Widerstände und Probleme im Rahmen des Implementierungsprozesses zu überwinden und konkrete Ideen für das Schaffen von Strukturen in die Wohngruppen vor Ort einbringen zu können. Aus diesem Prozess sollen Erkenntnisse für eine effektive und fachlich kompetente Implementierung von traumapädagogischen Konzepten gewonnen und Ideen entwickelt werden, woran sich andere Einrichtungen in der Schweiz, die ihre Konzepte in diese Richtung verändern wollen, orientieren können.

3.3.7 Was aus den ersten Traumapädagogikprojekten in Deutschland gelernt wurde

Im ersten kleinen, vom Christlichen Jugenddorf Werk (CJD) in Deutschland finanzierten Traumapädagogikprojekt wurden vier gemeinsame zweitägige Schulungen an einem zentralen Ort durchgeführt. Die Schulungen wurden von Leitungskräften und Mitarbeitenden zusammen durchgeführt und die Wohngruppen wurden regelmässig von Birgit Lang besucht und in ihrem Prozess unterstützt. Zwangsläufig war es bei nur vier Schulungsterminen wichtig, sich auf einige grundlegende Themen zu fokussieren. Das Projekt kam gut an, es zeigte sich aber, dass die Schulungen und die einzelnen Besuche in den Einrichtungen nicht ausreichten, um nachhaltige Veränderungen anzuregen. Insbesondere war es kaum möglich, eine Versorgungsebene zu implementieren. Das Christliche Jugenddorf Werk wollte sich aber weiter mit dem Thema auseinandersetzen, weshalb alsbald ein Antrag an die „Aktion Mensch“ gestellt wurde, um weiteren CJD-Einrichtungen einen traumapädagogischen Qualifizie-

rungsprozess zu ermöglichen. Durch die externe Förderungen konnten und mussten auch externe Einrichtungen in das Projekt aufgenommen werden.

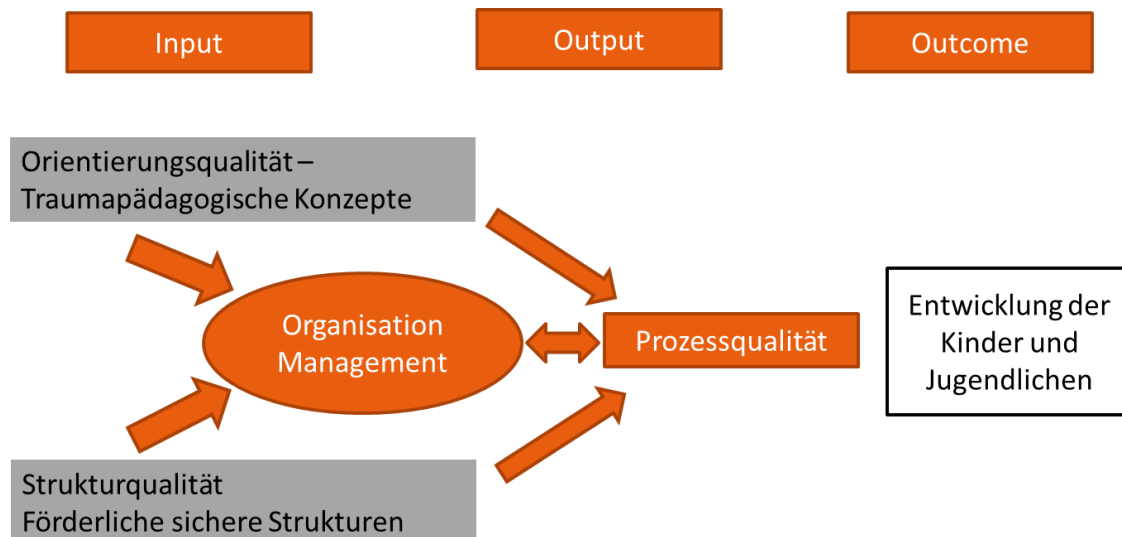
Inzwischen wurden durch die Fortschritte der Traumapädagogik Anforderungen an eine Ausbildung (BAG/DeGPT, 2010) und verbindliche Standards für Wohngruppen (Lang et al., 2011) definiert, welche natürlich bei jeder seriösen Schulung berücksichtigt werden sollten. Deshalb erhöhte sich der Aufwand für die Schulungen wesentlich, so dass im Rahmen des zweiten Projektes bereits bedeutend mehr Schulungen für die Teamebene und auch funktionsträgerspezifische Schulungen für Führungskräfte durchgeführt wurden. Die Notwendigkeit der Trennung von Leitungsebene und Teamebene speiste sich aus folgenden Erfahrungen aus dem Projekt mit gemeinsamen Schulungen und sollte deshalb auch im Modellversuch realisiert werden (vgl. Schmid et al., 2014):

1. Die Einrichtungen sind sehr heterogen und haben sehr unterschiedliche Erwartungen an den Prozess. Die Mitarbeitende und auch die Führungskräfte differieren bezüglich ihres Vorwissens stark.
2. Es braucht mehr Zeit, um förderliche Strukturen innerhalb der Einrichtungen aufzubauen, weshalb die Leitungsebenen, die auch Strukturen gestalten und Ressourcen gezielt strategisch einsetzen können, verstärkt einbezogen werden müssen.
3. Die Leitungs- und Versorgerkräfte brauchen mehr Zeit, sich mit ihrer Rolle in der Versorgungskette auseinanderzusetzen und um die dafür notwendigen Fertigkeiten entwickeln zu können. Bei diesem Reflexionsprozess brauchen sie intensivere Unterstützung. Funktionsträgerspezifische Schulungen und ein Austausch mit anderen Führungskräften sollen dieses gewährleisten.
4. Es braucht insgesamt auch viel mehr Zeit für die Schulungen mit den Fachkräften, um einerseits mehr Möglichkeiten zu haben, Dinge zu vertiefen und konkreter zu üben, andererseits insbesondere aber auch zum Austausch über Haltungsthemen und über die Reflexion der eigenen Praxis.
5. Die Prozesse in den Einrichtungen müssen viel intensiver von einer neutralen Position aus begleitet werden. Die Einrichtungen müssen in der Verantwortung für ihren Prozess und dessen Fortschritte gehalten werden.
6. Die Begleitevaluation muss wesentlich schlanker werden und in der Lage sein, die komplexen Prozesse bei der Implementierung dieser Konzepte und die Haltungsänderung in der Alltagspädagogik besser bzw. adäquater abbilden zu können. Die Prozesse sind derart individuell, dass es sinnvoll scheint, hier einen Methodenmix aus quantitativen und qualitativen Verfahren anzuwenden und den gesamten Prozess zu evaluieren.

Darüber hinaus verdeutlichte der Prozess der deutschen Projekte auch, wie bedeutsam es ist, die enorme Leistung, die ein Prozessteam in den Institutionen zusätzlich erbringt, Wert zu schätzen, im ganzen Prozess ausreichend zu würdigen und mit ausreichend Personal zu begleiten, weshalb mehr Ressourcen für die Begleitung der Institutionen und die Unterstützung der Fachkräfte bei der Evaluation für den Modellversuch budgetiert wurden. Es war sehr wertvoll, auf die Erfahrungen aus zwei, in der Kooperation zwischen den Unikliniken Basel und Ulm durchgeführten Projekten zum Thema Traumapädagogik zurückgreifen zu können, da diese aufzeigten, an welchen Stellen es Probleme bei der Umsetzung gibt, die genutzt werden konnten. Es sind teilweise auch Kleinigkeiten, beispielsweise dass die Teamschulungen immer am gleichen, zentralen Ort stattfinden. Dies scheint ein Detail zu

sein, es beruhigt eine Gruppe aber ungemein, wenn alle ihren sicheren Ort mit bekannten Anfahrtswegen und Zeiten haben, und es entsteht leichter eine ähnliche Stimmung, die von Seminar zu Seminar weitergetragen werden kann. Auch inhaltlich entsteht natürlich eine höhere Qualität, da sich ein Gefühl dafür entwickelt, welche Inhalte leicht in der Praxis umzusetzen sind, bei welchen es Stolpersteine gibt und wie man diesen gegebenenfalls erfolgreich begegnen kann.

Abbildung: Traumapädagogischer Implementierungsprozesse und Qualitätsentwicklung



Die Abbildung „Traumapädagogischer Implementierungsprozesse und Qualitätsentwicklung“ zeigt noch einmal eindrücklich auf, wie sich die Vermittlung von traumapädagogischen Konzeptes nicht unmittelbar auf die Qualität von institutionellen Prozessen auswirken kann, sondern natürlich sehr von den vorhandenen Strukturen und vor allem von den Leitungskräften und der Organisation der Prozesse in der Leitung abhängig ist. Die Strukturqualität und die Umsetzung der Prozesse beeinflusst dann wiederum die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Ein Hindernis bei der Umsetzung von traumapädagogischen Konzepten in bereits bestehenden Wohngruppen ist folglich, dass die Strukturqualität in der Regel unverändert bleibt und nur vergleichsweise träge angepasst werden kann. Auch wenn die Orientierungsqualität noch so gut vermittelt wird, sind die Möglichkeiten dessen, wie sich diese auf Prozessqualität auswirken kann, vergleichsweise beschränkt. Diese Darstellung zeigt einerseits, wie wichtig es für solche Prozesse ist, dass auch ausreichend Ressourcen im Bereich der Strukturqualität zur Verfügung stehen, und andererseits, dass die Leitung und das Management einer Einrichtung die zentrale Rolle im Umsetzungsprozess innehat sowie die Qualität des Umsetzungsprozesses im Wesentlichen von ihrer Präsenz, dem Charisma und der Innovationskraft der Personen im Leitungsteam und deren Möglichkeiten, die Strukturqualität zu beeinflussen, abhängt. Die Leitungskräfte müssen die Prozesse und die traumapädagogische Konzepte mit den nötigen Ressourcen ausstatten, um die gewünschte Prozessqualität zu erzielen bzw. zu erreichen. Bei einem komplexen und zeitlich begrenzten Umsetzungsprozess besteht die Gefahr, dass Trägerschaft, Implementierungsteam und Mitarbeiterteam unterschiedliche, sich zum Teil widersprechende Erwartungen an die Leitungspersonen herantragen. Beispielsweise liegt es in der Natur der Sache, dass das Implementierungsteam auf eine schnelle Umsetzung der traumapädagogischen Konzepte drängt, das

Team aber signalisiert, dass der Alltag schon belastend genug sei, die Trägerschaft noch zusätzliche Anforderungen stellt und die Leitungskräfte diese divergierenden Bedürfnisse ausbalancieren sollten. Deshalb sollten die Leitungsteams in solchen Prozessen eine gezielte Unterstützung durch das Implementierungsteam erfahren. Mit den funktionsträgerspezifischen Schulungen und Prozessbegleitungen wurde eine Struktur entwickelt, die auch die Leitungskräfte im Prozess unterstützen sollte. Dies wurde im Rahmen dieses Modellversuchs aufgenommen, indem funktionsträgerspezifische Schulungen organisiert wurden, nicht nur um die Leitungskräfte bei der Umsetzung sondern eben auch im Implementierungsprozess zu unterstützen und auch Möglichkeiten zum Austausch mit anderen Leitungskräften und den Prozessbegleiterinnen zu schaffen.

3.3.8 Implementierung von traumapädagogischen Wohngruppen oder traumapädagogischem Wissen auf Regelgruppen

Ursprünglich wurde bei der Planung davon ausgegangen, dass die Einrichtungen ein primäres Interesse daran haben, mittelfristig eine traumapädagogische Intensivgruppe aufzubauen. Es zeigte sich aber bald, dass viele Einrichtungen mit der Traumapädagogik andere Strategien verfolgten (verfolgen mussten), die Traumapädagogik primär zur Unterstützung ihrer eigenen, bereits bestehenden Angebote in der Breite einsetzen wollten und diese mit traumapädagogischen Konzepten entsprechend weiterzuentwickeln sowie in alle Regelgruppen traumapädagogische Erkenntnisse in unterschiedlicher Intensität einfließen zu lassen. Dies da die Belegung der ganzen Einrichtung mit traumatisierten Heranwachsenden mit vergleichsweise hohem pädagogischen Bedarf erfolgt und es für viele Institutionen unsicher war, ob ein höherer Spezialisierungsgrad, die zur optimalen Umsetzung zusätzlich notwendigen Ressourcen oder die mittelfristige Entwicklung einer Traumapädagogikintensivgruppe auch adäquat gegenfinanziert und politisch in ihren Kantonen durchgesetzt werden könnten. Für die teilnehmenden Einrichtungen mit mehreren Gruppen war es deshalb auch ein wichtiger Aspekt des Prozesses, die Erkenntnisse aus den Traumapädagogikgruppen auch in die anderen Gruppen zu tragen, was von den Prozessbegleiterinnen sehr unterstützt wurde. Es zeigte sich auch, dass es wichtig war, auch den Jugendlichen die Veränderungen auf den Wohngruppen im Vergleich zu den anderen Wohngruppen gut zu erklären, da die Jugendlichen natürlich auch miteinander über Interventionen und vor allem die Interaktionen mit den SozialpädagogInnen sprachen und insbesondere Abweichungen im Regelwerk und gegebenenfalls den Sanktionen zwischen den Gruppen auch transparent vermittelt werden mussten. Dieser Prozess war für die Entwicklung in den Modellinstitutionen sehr fruchtbar, da die Mitarbeitenden nun ihre sich entwickelnde traumapädagogische Haltung und die sich daraus ergebenden Konzeptänderungen auch gegenüber KollegInnen aus anderen Gruppen vertreten und erklären mussten, was diese verstärkte.

Die Strategie musste deshalb nicht grundsätzlich geändert werden, um den interessierten Einrichtungen die Möglichkeiten zu geben, selbst Prozesse zu beschreiben, wie sie traumapädagogisches Wissen in ihren Institutionen für sie am effektivsten einsetzen konnten. Hieraus resultierten dann ganz unterschiedliche Projekte. Teils ging es darum, das Wissen auch in andere Wohngruppen und die Gesamteinrichtung zu tragen, die Fokussierung blieb aber, um Erkenntnisse über den Prozess der Implementierung traumapädagogischer Konzepte zu gewinnen, eindeutig auf der einzelnen Wohngruppe und es wurden stets nur die Mitarbeitenden dieser Wohngruppe geschult.

3.3.9 Wie sollte eine Implementierung von Traumapädagogik erfolgen?

Man kann von mehreren Prämissen ausgehen, wenn sich Einrichtungen für die erfolgreiche Implementierung traumapädagogischer Weiterentwicklung ihrer Einrichtung interessieren.

- Sie teilen die Erkenntnis, dass viele pädagogische Probleme und eskalierte Interaktionen ihre Ursache in den belasteten Lebenserfahrungen der betreuten Kinder und Jugendlichen haben.
- Sie spüren ein gewisses Unbehagen, dass sie den pädagogischen Bedürfnissen von zumindest einigen betreuten Kindern und Jugendlichen nicht so gerecht werden wie sie es wollen, oder dass manche nur mit einer immer weiter steigenden Belastung der pädagogischen Mitarbeitenden auf den Gruppen gehalten werden können.
- Die Institutionen können mit den traumapädagogischen Haltungen und Techniken etwas anfangen und haben auch ein Interesse daran, ihre MitarbeiterInnen gezielt bei der Beziehungsgestaltung zu unterstützen.
- Die Einrichtungen sind bereit, nicht unerhebliche Ressourcen (Freistellung von Mitarbeitenden eines Teams und Führungskräften für Schulungen und Prozessbegleitungen plus Reisespesen) in diesen Prozess zu investieren.
- Die Institutionen, die sich mit diesen Prozessen auseinandersetzen, haben bisher schon erfolgreich mit vielen traumatisierten Jugendlichen gearbeitet und haben viele Alltagsroutinen und Interventionen entwickelt, die gut sind, hervorragend funktionieren und ohne Probleme in traumapädagogische Konzepte integriert werden könnten und sollten.
- Es handelt sich um Einrichtungen, die eher Lust auf einen Weiterentwicklungsprozess als einen Veränderungsdruck haben. Wenn ein Veränderungsprozess einer Institution erfolgreich sein soll, sollte es eigentlich keinen grossen Veränderungsdruck von aussen geben, da man gerade für einen erfolgreichen traumapädagogischen Prozess einen „sicheren Ort“ und ausreichend Zeit benötigt.

Zusammenfassend ist folglich festzustellen, dass ein erfolgreiches, für eine Einrichtung passgenaues traumapädagogisches Konzept aus mehreren Bausteinen besteht, die für eine Einrichtung und ihr spezifisches Klientel adaptiert und in spezifischer Art und Weise zusammengestellt werden. Ein ganz zentraler Wirkfaktor ist dabei aber auch, dass die bereits bestehenden Ressourcen der Einrichtung in den traumapädagogischen Prozess einfließen und konsequent eingepflegt werden. Folglich kann es nie darum gehen, einer Institution traumapädagogische Konzepte überzustülpen, sondern die Abläufe, die es in einer Einrichtung gibt, in diese Richtung weiterzuentwickeln, Stärken eines vorhandenen Konzeptes zu stärken, und Schwächen und deren „guten Gründe“ zu analysieren und gegebenenfalls durch bessere Konzepte zu ersetzen. Der Prozess entspricht eher der einer Auseinandersetzung mit der eigenen Praxis aus einer traumapädagogischen Perspektive heraus. In der Regel findet jede Einrichtung ganz viele Dinge, die sich rasch und unproblematisch, eventuell mit einer anderen Absicht und mehr Wissen um deren Bedeutung nutzen lassen. Ähnlich wie in der Pädagogik und Therapie kommt man auch in Organisationsentwicklungsprozessen weiter, wenn man auf die Ressourcen und die Dinge, die gut laufen, schaut (Furman & Ahola, 2010). Gerade in sozialpädagogischen Organisationen gibt es viele Menschen, die sehr viel Energie und Arbeitszeit in die Entwicklung dieser Konzepte gesteckt haben. Es ist deshalb bei Veränderungsprozessen wichtig, diese Entwicklungsleistung zu würdigen und Bewährtes in neue Konzepte zu integrieren.

Deshalb ist die Grundhaltung diejenige, Denkprozesse und die Auseinandersetzung mit Haltungsthe-
men anzustossen, diese aber nicht aufzuoktroieren. Jeder muss für sich selbst ausprobieren, wie
dies für sich selber und zu seiner Institution passt. Letztlich gibt es am Ende auch nicht eine Trauma-
pädagogik, sondern verschiedene Institutionen, die sich an bestimmten Standards (Lang et al., 2013)
orientieren, daher viele Gemeinsamkeiten haben, sich aber durchaus auch unterscheiden dürfen.

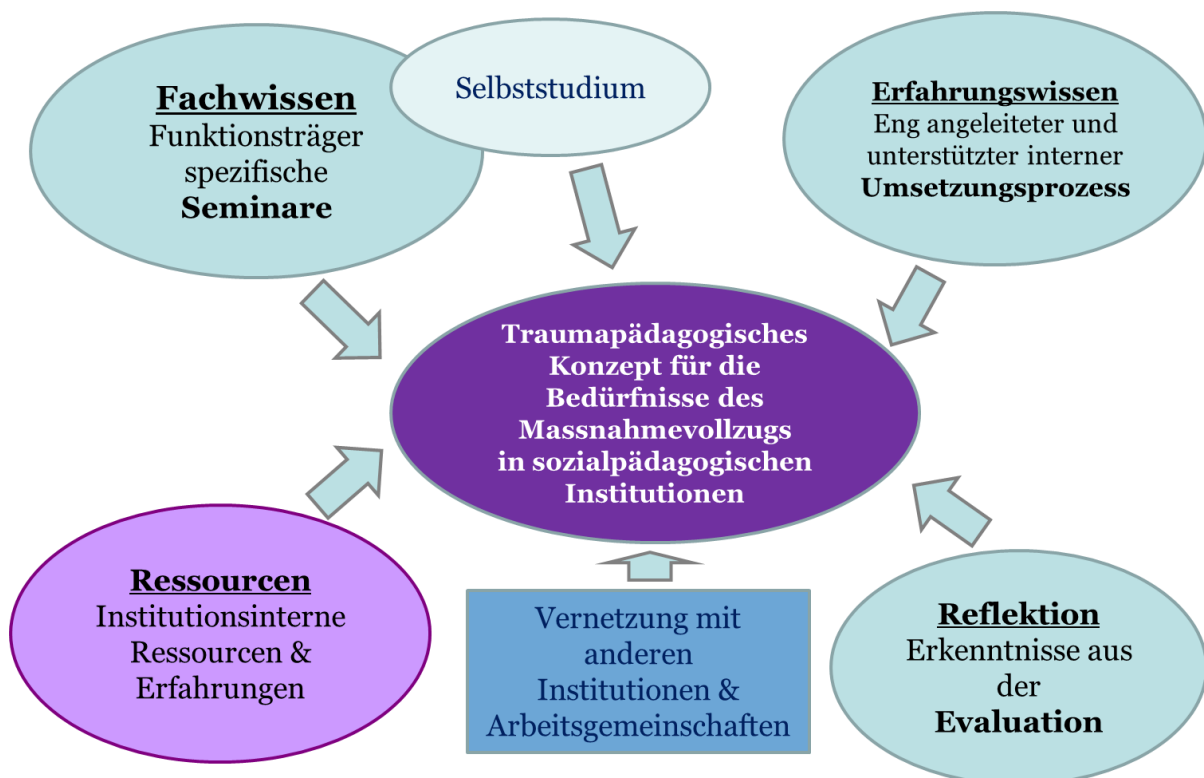
3.3.10 Steuerungsgruppe

Die Steuerung und die wesentlichen strategischen Entscheide sollten natürlich, wenn die traumapä-
dagogischen Haltungen gelebt werden sollen, unter Beteiligung der Einrichtungen erfolgen, weshalb
regelmässig und bedarfsorientiert ca. einmal im Quartal ein Steuerungsgruppentreffen durchgeführt
wurde. Die Treffen der Steuerungsgruppe dienten auch der Koordination der Begleitforschung und
der Vorbereitung der Fachtage, welche bei einem Modellversuch natürlich anfallen. Zudem war es
wichtig, jeden Schritt transparent mit den Institutionen abzustimmen und auch allfällige Änderungs-
wünsche aufzunehmen.

Der immense Aufwand hat sich gelohnt, da die Institutionen berichteten, motiviert von den Sitzun-
gen fortgefahren zu sein. Gerade die Sitzungen im Rahmen der Vorbereitung der Fachtage und die
Diskussion der Ergebnisse half den Einrichtungen nochmals zu reflektieren, was sie alles geleistet
haben und welche gute Arbeit sie in ihrem Alltag verrichten.

3.3.11 Die einzelnen Projektbausteine und ihr Zusammenwirken

Abbildung: Die einzelnen Projektbausteine und ihr Zusammenwirken



3.3.12 Schulungen und Vermittlung von theoretischem Wissen

Die Erfahrung zeigt ausserdem, dass eine konsequente Umsetzung einer Pädagogik des sicheren Ortes nur schwer möglich ist, ohne die Leitungsebene und „Versorgerebene“ vorab zu qualifizieren. Sie benötigen ausreichend Zeit, die es ermöglicht, die notwendigen Strukturen für eine traumapädagogische Arbeit zu schaffen. Die „Haltung“ einer Einrichtung wird im Wesentlichen durch die Art der Fallbesprechungen und den pädagogischen Entscheidungen geprägt, weshalb der frühzeitigen Haltungsentwicklung der Leitungsebene eine entscheidende Bedeutung zukommt. Ausserdem benötigt die Leitungsebene einen gewissen Wissensvorsprung, um zum Beispiel zu lernen, wie man Fallbesprechungen aus einer traumapädagogischen Perspektive heraus steuern und gestalten kann. Deshalb wurden in diesem Projekt separate funktionsträgerspezifische Schulungen für die Führungskräfte und die Personen, die die Fallberatung anleiten, durchgeführt. In den Schulungen für Führungskräfte wurden dieselben Haltungen und ähnliche Inhalte wie in den Teamschulungen vermittelt. Es wurde aber versucht, die Leitungspersonen funktionsträgerspezifisch auf ihre „Versorgerrolle“ vorzubereiten und die Inhalte und Haltungen konsequent auf die Versorgung ihrer Mitarbeitenden anzuwenden (Schmid & Lang, 2012).

Viele Mitarbeitende aus der Leitungs- und Versorgungsebene profitieren sehr von einem konsequenten Training und einer gezielten Vermittlung von supervisorischen Gesprächsführungstechniken. Ausserdem ist es wichtig, auf Leitungsebene Zeit zu haben, eine eigene Haltung in der Führung von Mitarbeitenden zu entwickeln und zu überlegen, was achtsame Führungskräfte dazu beitragen können, Mitarbeitende zu stabilisieren und die einrichtungsinternen Strukturen adäquat auf Extremsituationen vorzubereiten (Wiesinger et al., 2009; Kärcher et al., 2012). Die Inhalte für die Schulung der Teamebene sind weitestgehend durch das Curriculum Traumaberatung/-pädagogik der DeGPT/BAG festgelegt.

Der Vergleich von hausinternen Schulungen und externen Schulungen in einem Tagungshaus zeigt, dass es trotz des wesentlich höheren Organisations- und Ressourcenaufwandes sinnvoll ist, die Schulungen in einer Klausuratmosphäre durchzuführen. Gerade bei einer traumapädagogischen Ausbildung, bei der es auch um die persönliche Entwicklung der Mitarbeitenden geht und um die Bereitschaft, schwierige Situationen aus dem Arbeitsalltag offen zu berichten, ist etwas Abstand vom Alltag von Vorteil. Ausserdem entsteht schneller ein Zusammengehörigkeitsgefühl in der Ausbildungsgruppe, die es erlaubt, sich zu öffnen.

Aufgrund der Erfahrungen im Pilotprojekt wurde für die Schulung der Modellinstitutionen ein zeitversetztes Weiterqualifizierungskonzept auf zwei Ebenen gewählt: Regelmässige institutionsinterne Prozessbegleitung und hohe Intensität an Schulungen (vgl. Lang & Schmid, 2014). Wie oben bereits erwähnt, wurden die Schulungen funktionsträgerspezifisch durchgeführt und dabei die gleichen Inhalte jeweils spezifisch für das Aufgabengebiet der TeilnehmerInnen vermittelt sowie in Reflexionen und Übungen auch vertieft. Eine Gegenüberstellung der Inhalte ist der Tabelle „*Inhalte der Funktionsträger spezifischen Schulungen*“ zu entnehmen.

Tabelle: Inhalte der funktionsträgerspezifischen Schulungen

Versorger (Leitung/Beratung)	Team
<ol style="list-style-type: none"> 1. Grundlagenschulung, Einführung Psycho-traumatologie, Entwicklung einer Grundhaltung 2. Haltung zur Transparenz, Partizipation, Individualisierung, Anwaltschaft des Kindes 3. Traumapädagogik - Resilienz, Körper, Emotionsregulation, Bindung 4. Interaktionsanalyse, Methoden der Fallberatung, Praxis der Interaktionsanalyse - Anwendung auf die Versorgung der Mitarbeitenden 5. Kooperation, Netzwerk, Elternarbeit, Biographiarbeit, transgenerationale Weitergabe 6. Prozess und Strukturüberprüfung: Aufnahme, Dokumentation, Raumgestaltung, was macht den sicheren Ort aus? Konzeptbeschrieb für Einrichtung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definition, Traumafolgen, Einführung Traumapädagogik 2. Haltungsaspekte, pädagogische Umsetzung 3. Selbstbemächtigung, Förderung der Kinder, Resilienz, Emotionsregulation. 4. Übertragung, Bindung und Beziehung/ Interaktionsanalyse I 5. Resilienzstunden durchführen - Vorbereitung und Nachbereitung 6. Gruppe in der Traumapädagogik, haltgebende Strukturen, Ampelrunde 7. Bedeutung der PädagogInnen, Sekundärtraumatisierung, Selbstversorgung 8. Elternarbeit/ Interaktionsanalyse II

Die Schulungen dienten zur:

- Vermittlung von Wissen
- Einüben von stabilisierenden Fertigkeiten
- Wohlwollende, ressourcenorientierte und produktiv hinterfragende Reflexion der eigenen Praxis
- Selbsterfahrung und konkreter Fallreflexion/Supervision
- Diskussion über Haltungsthemen
- Diskussion über die passgenaue Umsetzung von Konzepten
- Austausch: Wie macht ihr es, was funktioniert warum?
- Konkrete Planung von strukturellen Veränderungen (eher Leitungsebene)

Sowohl für die Schulungen auf der Team- als auch auf Leitungs-/Versorgerebene war es wichtig zu reflektieren, wie eine Haltung am effektivsten vermittelt und erlernt werden kann. Dies wird sicher nicht über die Vermittlung von theoretischem Wissen über Powerpoint-Präsentationen erfolgen, sondern über die intensive, ganzheitliche Auseinandersetzung mit sich selbst, seiner Arbeit und der konkreten Anwendung dieser Haltung. Deshalb wurde viel Wert auf einen Wechsel von theoretischen

schen Inputs, Arbeitsgruppen und Übungen gelegt, und es wurde eben auch beschlossen, die Haltung in den Schulungen und im ganzen Projekt vorzuleben (kleine Übungen, Einführung und Verabschiedung von Menschen bei personellen Veränderungen in der Projektgruppe). Der Leitgedanke ist, dass eine erfolgreiche traumapädagogische Haltungsentwicklung nicht rein kognitiv erfolgen kann, sondern eben auch die emotionale Ebene und die Persönlichkeitsbildung ansprechen sollte.

Um die Schulungen nicht mit Theorie überfrachten zu müssen, wurden auch bestimmte theoretische Inhalte in Form eines Selbststudiums vermittelt und für Themen, die nur angerissen werden konnten, es aber gute Literatur gibt, wurden entsprechende Literaturtipps zusammengestellt.

3.3.13 Prozessbegleitung

Ein alleiniger Besuch auch der besten Weiterbildung reicht nicht aus, um traumapädagogische Konzepte im pädagogischen Alltag umzusetzen. Hierzu braucht es eine grosse Motivation und erhebliche Ressourcen für die Umstrukturierung und Veränderung von eingeschliffenen Mustern.

Aus diesem Grund müssen sich die Einrichtungen neben dem Besuch der Weiterbildung Zeit für einen Umsetzungsprozess und ihre konzeptionelle Weiterentwicklung nehmen. Da diese Zeit beim täglichen Kampf um einen gelingenden Alltag leider oft zu kurz kommt, ist es wichtig, diesen Prozess zu unterstützen und eine Struktur zu geben, die dies unterstützt (vgl. Beitrag von Büchi & Prinz, 2014).

Entscheidend ist, dass sich jede Einrichtung von anderen traumapädagogischen Inhalten besonders angesprochen fühlt, jede Einrichtung bei sich in anderen Bereichen einen besonderen Handlungsbedarf sieht und in jeder Einrichtung andere Ressourcen vorhanden sind, die sich sehr gut mit traumapädagogischen Konzepten verbinden lassen. Es ist unabdingbar, die Ressourcen und die in einer Einrichtung mühsam erworbenen und aufgebauten Strukturen und Interventionsstrategien in diese neuen traumapädagogischen Konzepte zu integrieren. Dies kann nur durch eine engmaschige und professionelle Begleitung erfolgen.

Dieser Umsetzungsprozess wird in jeder teilnehmenden Institution von einem/er traumapädagogisch erfahrenen ProzessbegleiterIn unterstützt. Die Prozessbegleiter motivieren die Mitarbeitenden für die einzelnen Veränderungsschritte und erarbeiten mit dem Team eine Zeitperspektive für die Umsetzung der einzelnen Schritte, die sie in ihrer Umsetzung überwachen und gegebenenfalls unterstützen.

Der durch die Weiterbildungsmodule angestossene Prozess kann durch die Prozessbegleitung von aussen unterstützt werden. Dies erfolgte in Klausurtagen nach den Teammodulen und einem regelmässigen telefonischen und E-Mail-Austausch. Die Klausurtag dienten nochmal der Reflexion des Prozesses mit dem Prozessteam und der im letzten Modul vermittelten Inhalte mit Blick auf die konkrete Umsetzung in der eigenen Einrichtung. Die Prozessbegleiterinnen waren nicht dafür verantwortlich, dass in den Institutionen Strukturen aufgebaut und Interventionen umgesetzt werden. Sie sollten den Prozess in den Einrichtungen aber moderieren, am Laufen halten und für diesen motivieren, in dem sie Fortschritte positiv konnotieren und durch die regelmässigen Klausurtagen eine äussere Struktur geben. Man kann die Metapher vom Töpfern benutzen: In gewisser Hinsicht liefern die Schulungen den Einrichtungen den Ton, die Projektbegleitung unterstützt ein Team dabei, ein Gefäss aus diesem Ton zu formen, aber brennen, um das Gefäss dann auch benutzen zu können, müssen es die Institutionen aber selbst.

3.3.14 Vernetzung mit anderen Institutionen

Das Projekt lebte und profitierte beachtlich vom Erfahrungsaustausch der verschiedenen Funktionsträger aus unterschiedlichen Einrichtungen sowie ihren Kompetenzen. Es wurde sehr geschätzt, sich im Rahmen eines sicheren Ortes mit anderen Einrichtungen über Haltungsthemen und konkrete Schwierigkeiten bei der Umsetzung der traumapädagogischen Konzepte, aber auch über andere Probleme und konzeptionelle Fragen auszutauschen. Ein zentraler Punkt für solche Projekte ist es, sich schon von den unterschiedlichen Umsetzungsideen aus den einzelnen Einrichtungen inspirieren zu lassen, eine gemeinsame Freude am „Ausprobieren“ zu entwickeln und ohne Konkurrenzdenken offen zu präsentieren, was gut klappt und was nicht.

Letztlich spiegelt es den Erfolg des Projektes wider, dass sich die Einrichtungen nun weiter regelmäßig treffen und austauschen wollen, und sich einzelne Einrichtungen/Persönlichkeiten auch stärker in der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik e.V. einbringen möchten.

3.3.15 Evaluationskonzept

Die Evaluation zielt trotz vieler methodischer Limitationen (kleine, heterogene Stichprobe, unterschiedliche Verweildauern etc.) darauf ab, die Nützlichkeit und Wirksamkeit traumapädagogischer Methoden, sowohl für die betreuten Kinder wie auch für die begleitenden Fachkräfte nachzuweisen und Erkenntnisse für den Implementierungsprozess und die traumapädagogische Ausbildung zu gewinnen. Ein grosser Verdienst der Traumapädagogik ist es, dass sie eine sehr grosse Offenheit zur Forschung und das stetige Bemühen um Sicherung der Qualität (vgl. Schmid & Lang, 2012; Gahleitner, Brandstetter & Schmid, 2014) hat. Dieses Interesse an der Wissenschaft resultiert einerseits daraus, dass sich viele Interventionen aus den Erkenntnissen der psychotraumatologischen Forschung ableiten lassen, andererseits aber auch daraus, dass es klar ist, dass Forderungen nach personalintensiveren sozialpädagogischen Konzepten nur dann erfolgreich sein können, wenn man einen Mehrwert der Interventionen wissenschaftlich nachweisen und letztlich auch die Qualität von traumapädagogischen Konzepten sichern kann, bevor diese verwässert werden (Schmid, 2013). Bei der Wahl der Forschungsmethoden liegt es im Bereich der Traumpädagogik nahe, sich sowohl der den Komplexitätsgrad reduzierenden, quantitativ-vergleichenden, medizinisch/psychotherapeutischen Forschungstradition, als auch der tendenziell den Komplexitätsgrad des Einzelfalles erhaltenen, sozialpädagogischen Forschungstradition mit eher qualitativen Forschungsdesigns zu bedienen und die Stärken beider Ansätze zu kombinieren (Gahleitner, Brandstetter & Schmid, 2014; Schmid, 2012).

Die Erkenntnisse aus der Evaluation sollen im Sinne einer „Action Research“ auch nicht heimlich in einem wissenschaftlichen Elfenbeinturm ausgewertet sondern immer wieder mit den Einrichtungen diskutiert werden, so dass der Prozess kontinuierlich optimiert werden kann. Zudem sollte der Forschungsprozess möglichst auch das Fallverständnis unterstützen und somit unmittelbar der pädagogischen Hilfeplanung zu Gute kommen (Schmid et al., 2012).

3.3.16 Fazit

Das Projekt versuchte, eine Antwort auf komplexe institutionelle Veränderungs- und Organisationsentwicklungsprozesse zu geben und dabei in erster Linie die Haltung der Interaktion mit anderen Menschen zu verändern. Die Interaktionen sollten aus einer traumapädagogischen Perspektive heraus insofern optimiert werden, dass die Interaktionen die Förderung des Selbstwertes, der Selbstwirksamkeit und der inneren Sicherheit der beteiligten Personen unterstützen. Wichtige Haltungsthemen sollten innerhalb der ganzen Versorgungskette vermittelt und gelebt werden. Hier muss festgehalten werden, wie ausgesprochen nützlich sich die Aufteilung der Schulungen auf die unterschiedlichen Funktionsträgerebenen erwiesen hat. Die Versorgungskette wurde in den Mittelpunkt des gesamten Implementierungsprozesses gestellt, weshalb sich die Aufteilung in funktionsträger-spezifische Seminare für die Leitungs- und Versorgungsebene, in denen gezielt vermittelt werden sollte, wie die MitarbeiterInnen in den Teams unterstützt und sichere Strukturen für die Fachkräfte aufgebaut werden können, bewährt hat. In den Teamschulungen mit den Mitarbeitenden im Gruppendienst wurde in erster Linie gelehrt, wie die traumasensible Versorgung der Kinder im Alltag realisiert werden kann. Es wurde erläutert und diskutiert, welche Haltung im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen förderlich ist und welche traumapädagogischen Interventionen bei diesen Kindern zusätzlich zum bereits vorhandenen Repertoire gegebenenfalls eingesetzt werden könnten. Mit jedem Funktionsbereich wurden die Haltungen generell und anhand von realen Fallbeispielen diskutiert und konkrete Übungen in Kleingruppen realisiert. Mit dem Prozess, den die Einrichtungen und die Menschen in den Einrichtungen gemacht haben, können wir als Initianten des Projektes sehr zufrieden sein. Wie jeder Prozess verliefen die Veränderungen nicht linear sondern in Wellen. Letztlich ist es sehr erfreulich, wie deutlich sich die schwer zu operationalisierende Haltungsänderung unmittelbar bei der persönlichen Entwicklung der Teilnehmenden zeigte. Diese persönliche Haltungsänderung zeigte sich im Rahmen der qualitativen Evaluation, wurde aber von den Dozenten auch anhand der sich verändernden Diskussionen von Seminar von Seminar registriert. Alle Mitarbeitenden der Einrichtungen werden nun die Hilfeverläufe und Prozesse in ihren Einrichtungen mit einer höheren Traumasensibilität betrachten, was vielen hoch belasteten Kindern und Jugendlichen zugutekommen wird. Am erfreulichsten ist, dass alle teilnehmenden Einrichtungen, zwar in unterschiedlicher Geschwindigkeit und mit Einsatz von unterschiedlich vielen Ressourcen, auf ihrem Weg fortschreiten wollen.

3.4 Schulungen

Sowohl die Leitungs- als auch an den Teamschulungen waren der zentrale Baustein des Modellversuchs. Obschon sie von allen Beteiligten sehr viele zeitliche Ressourcen in Anspruch nahm, wurden diese in einer Klausuratmosphäre geplant und realisiert. Die Leitungsschulungen konnten wie geplant und unten beschrieben durchgeführt werden. Die Schulungen wurden sowohl auf Leitungs- als auch auf Teamebene trotz vielen personellen Veränderungen durchgeführt. Insbesondere auf der Leitungsebene waren an jeder Schulung fast immer alle VertreterInnen und Funktionsträger der fünf Modelleinrichtungen dabei. Auf Leitungsebene wurden NachfolgerInnen integriert, aber auf der Teamebene erschien dies wegen der noch häufigeren Wechsel nur schwer umsetzbar zu sein, wenn der sichere Ort gewahrt werden sollte. Fast alle ausscheidenden Leitungskräfte wollten dennoch weiterhin die Leitungsschulungen besuchen,, selbst nachdem klar war, dass sie in andere Positionen wechseln, um den Prozess in ihren Einrichtungen bis zu ihrem Ausscheiden und gegebenenfalls auch

darüber hinaus weiter unterstützen und die traumapädagogischen Leitungsprinzipien auch in ihrer neuen Wirkungsstätte einbringen zu können.

Im Anschluss an die Leitungsschulungen fanden einmal jährlich Refresher-Module, auch auf Wunsch der teilnehmenden Institutionen, statt. Dort trafen sich alle Leitungskräfte und das Projektteam für einen Austausch über die Umsetzung der traumapädagogischen Implementierungsprozesse. Ausserdem wurde auch ein Austausch darüber gewünscht, wie die traumapädagogische Haltung auf den traumapädagogischen Implementierungsprozess übertragen und wie mit dieser Haltung Hindernissen bei der Umsetzung begegnet werden kann. Hierzu wurden daraufhin theoretische Inputs sowie institutionsinterne und institutionsübergreifende Arbeitsgruppen realisiert. In diesen Arbeitsgruppen wurde reflektiert, vor welchen Herausforderungen der traumapädagogische Prozess die Teams stellt, welche guten Gründe es für Verzögerungen und Widerstände geben kann und wie Leitungskräfte und Prozessbegleiterinnen darauf reagieren sollen. Die Refresher-Module waren sehr wichtig, da durch sie ein Stückweit auch die negativen Auswirkungen der Leitungswechsel auf den Projektverlauf aufgefangen werden konnten, da die neuen Leitungskräften hier nochmal vertiefte traumapädagogische Inputs bekamen und die Entwicklung des Gesamtprojektes mit den KollegInnen aus den anderen Modellinstitutionen, mit der Prozessbegleitung, den Referenten und dem Projektleiter sowie in ihrer Institution nochmals reflektieren konnten. Oft wurden die Refresher-Module auch gezielt für Themen genutzt, die in den Steuerungstreffen diskutiert wurden, um diese nochmals strukturiert zu vertiefen und dann auch theoretische Inputs zu diesen Themen zu liefern (zum Beispiel zum Thema Kooperation mit der Schule etc.). Im folgenden Abschnitt wird ein kurzer Überblick über die Inhalte der Module auf Leitungs- und Teamebene gegeben.

3.4.2 Schulungen Leitungsebene

Erstes Modul	27.08. - 29.08.2012	Referenten: Birgit Lang und Marc Schmid
Methoden	Präsentation, Arbeitsgruppen, Plenumsdiskussion, Übungen	
Inhalte	Einführung Traumapädagogik	<ul style="list-style-type: none"> - Grundlagen der Psychotraumatologie und Bindungstheorie - Sekundär-Trauma und emotionale Belastung von pädagogischen Fachkräften - Einführung in die Pädagogik des Sicheren Ortes für Kinder und sozialpädagogische Mitarbeitende

Zweites Modul	17.12. - 19.12.2012	Referenten: Birgit Lang und Marc Schmid
Methoden	Präsentation, Arbeitsgruppen, Plenumsdiskussion, Übungen	
Inhalte	Traumapädagogische Haltung	<ul style="list-style-type: none"> - Traumapädagogische Haltung in der Versorgerkette - Traumapädagogisches Verständnis von Leitung und Organisationsstrukturen - Reflexion der Aufgaben der eigenen Funktionsträgerebene unter dem Aspekt der Bewahrung und der Schaffung von Sicheren Orten

Drittes Modul	17.12. - 19.12.2012	Referenten: Birgit Lang und Marc Schmid
Methoden	Präsentation, Arbeitsgruppen, Plenumsdiskussion, Übungen	
Inhalte	Traumapädagogische Methoden	<ul style="list-style-type: none"> - Resilienzförderung und Burn-Out-Prävention für Mitarbeitende - Traumapädagogische Methoden zur Fallreflexion, Förderung von Fertigkeiten und Stabilisierung - Traumapädagogische Förderung der Emotionsregulation, Sinnes- und Körperwahrnehmung, Selbstwirksamkeit/-bemächtigung und Resilienzfaktoren bei den sozialpädagogisch betreuten Kindern und Jugendlichen - Zusammenspiel und Abgrenzung von Traumatherapie und Traumapädagogik

Viertes Modul	17.04. - 9.04.2013	Referenten: Birgit Lang und Marc Schmid
Methoden	Präsentation, Arbeitsgruppen, Plenumsdiskussion, Übungen	
Inhalte	Interaktionsanalyse Leitung	<ul style="list-style-type: none"> - Einführung in die Interaktionsanalyse - Anwendung der Bindungstheorie auf Mitarbeiterführung - Reflexion schwieriger Interaktionen mit Mitarbeitenden - Übertragung und Gegenübertragung - Übertragung von Emotionen - Übertragung von Rollen - Rollenkonflikte von Leitung (zwischen den Erwartungen der Mitarbeitenden und der Trägerschaft)

Fünftes Modul	28.08. - 30.08.2013	Referenten: Birgit Lang und Marc Schmid
Methoden	Präsentation, Arbeitsgruppen, Plenumsdiskussion, Übungen	
Inhalte	Strukturen, Abläufe	<ul style="list-style-type: none"> - Aspekte der Organisationsentwicklung und Mitarbeiterführung mit dem Fokus auf die Stabilisierung und Erhöhung der Selbstwirksamkeit von Mitarbeitenden - Nutzung der Gruppe und Institution zur Stabilisierung von Klienten in der Wohngruppe und Mitarbeitenden im Team - Methoden der Fallreflexion mit Mitarbeitenden anhand der Interaktionsanalyse und anderen Techniken - Transgenerationale Traumatisierung und Zusammenarbeit mit dem Herkunftssystem

Sechstes Modul	20.11. - 22.11.2013	Referenten: Birgit Lang und Marc Schmid
Methoden	Präsentation, Arbeitsgruppen, Plenumsdiskussion, Übungen	
Inhalte	System und Trauma; Konzeption	<ul style="list-style-type: none"> - Strukturelle und räumliche Rahmenbedingungen einer traumapädagogischen Wohngruppe nach den Standards der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik - Bedeutung von sicheren und belastbaren Kooperationsbeziehungen für eine erfolgreiche Heimerziehung mit komplex traumatisierten Heranwachsenden.

3.4.3 Teamschulungen

Erstes Modul	22. - 24.05.2013	Referenten: Birgit Lang, Wilma Weiss
Methoden	Präsentation, Arbeitsgruppen, Plenumsdiskussion, Übungen	
Inhalte	„Der sichere Ort“	<ul style="list-style-type: none"> - Äussere Sicherheit - Inhalte, Gruppe, Prozess - Innere Sicherheit - Erwartungen, Befürchtungen, Visionen
	Theoretische Grundlagen	Einführung in die Psychotraumatologie (Konzepte, Begriffe, Prozesse psychischer Traumatisierung, Folgen, etc.)
	Diagnostik	Übersicht klinische Diagnostik, sekundäre Traumasymptome, sozialpädagogisches traumazentriertes Fallverstehen
	„Wenn der Notfall zum Alltag wird“ Folgen interpersoneller, sequentieller Traumatisierung	<ul style="list-style-type: none"> - Dissoziation - Definition, Sinn, Störungen, Auswirkungen auf den sozialpädagogischen Alltag - Flash Back - Definition, Möglichkeiten Erste Hilfe und Selbsthilfe

Zweites Modul	04. - 06.09.2013	Referenten: Birgit Lang, Joze Kink
Methoden	Präsentation, Arbeitsgruppen, Plenumsdiskussion, Übungen	
Inhalte	Einführung in die Traumapädagogik	<ul style="list-style-type: none"> - Geschichte, „Sicherer Ort“ in der Triade Kind-Struktur-Pädagogen - Übersicht Haltung, Übersicht Methoden - Abgleich der vorhandenen Ressourcen in den Einrichtungen
	Traumaerfahrung und Haltung als Basis korrigierender Erfahrungen	
	Vertiefung	<ul style="list-style-type: none"> - Transparenz - Selbstwirksamkeit und Partizipation - Der „Gute Grund“ - Freude - Hürden, die Haltung zu bewahren

Drittes Modul	27. - 29.11.2013	Referenten: Birgit Lang, Jacob Bausum
Methoden	Präsentation, Arbeitsgruppen, Rollenspiele, Plenumsdiskussion, Übungen, Supervision	
Inhalte	Anknüpfen an das Thema Haltung	Vertiefung: Wertschätzung
	Übertragung/Gegenübertragung, Reinszenierung traumarelevanter Anteile, die Bedeutung der Spiegelneurone	<ul style="list-style-type: none"> - Übertragung von Emotionen und Gegenreaktionen innerhalb belastender Interaktionen - Selbstbild und innere Überzeugungen - Übertragung von „Rollenerfahrungen“, die Arbeit mit dem „Dramadreieck“
	Fallsupervision (Gruppe)	Übertragung und Gegenübertragung
	Stabilisierungsmöglichkeiten	

Viertes Modul	22. - 24.01.2014	Referenten: Birgit Lang, Joze Kink
Methoden	Präsentation, Arbeitsgruppen, Selbsterfahrung, Plenumsdiskussion, Übungen, Fallsupervision	
Inhalte	Einführung	Bindungstheorie und Konzept der Feinfühligkeit
	Bindungsstörungen	Fallverstehen unter bindungsrelevanter Fragestellungen, pädagogische Ansätze in der Praxis
	Bindung und Trauma	Auswirkungen und Kommunikation und Beziehungsverhalten
	Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> - Übertragung von Beziehungserfahrungen und -erwartungen - Korrigierende Beziehungserfahrungen - Eigene Bindungserfahrungen und Beziehungsfallen - Beziehung als Ressource, Stabilisierungsarbeit
	Fallsupervision (Gruppe)	unter dem Aspekt der Übertragung von Beziehungserfahrungen

Fünftes Modul	02. - 04.04.2014	Referenten: Birgit Lang, Jacob Bausum
Methoden	Präsentation, Arbeitsgruppen, Rollenspiel, Spiel, Plenumsdiskussion, Übungen, Fallsupervision	
Inhalte	Trauma und Gruppe	<ul style="list-style-type: none"> - Wie kommt Trauma in die Gruppe - Zerstörerische Kraft der Gruppe - Tragende Kraft der Gruppe
	Themenspezifische Gruppenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Ängste in Gruppen - Selbstwirksamkeit in der Gruppe - die „Ampelrunde“ - Das Team als Gruppe, die Bedeutung der PädagogenInnen in und für die Gruppe
	Fallsupervision (Gruppe)	unter dem Aspekt Gruppe

Sechstes Modul	25. - 27.06.2014	Referenten: Birgit Lang, Joze Kink
Methoden	Präsentation, Arbeitsgruppen, Gestaltarbeit, Körperarbeit, Übungen, Spiel	
Inhalte	Ansätze zur „Selbstbemächtigung“ - Traumapädagogische Themen und Methoden zur Förderung der Selbstwirksamkeit und inneren Sicherheit	<ul style="list-style-type: none"> - Trauma - Affekte und Emotionen, Affekt - und Emotionsregulation - pädagogische Fördermöglichkeiten - Trauma und Sinneswahrnehmung, Möglichkeiten der Sinnesförderung in der pädagogischen Arbeit - Trauma und Körper, die Arbeit mit dem Körper im pädagogischen Arbeitsfeld - Resilienz - Ergebnisse aus Forschung und Alltag, Implementierung gezielter Resilienzförderung in pädagogische Konzepte - Psychoedukation - Förderung des Selbstverstehens und Selbstakzeptanz

Siebtes Modul	10. – 12.09.2014	Referenten: Birgit Lang, Jacob Bausum
Methoden	Präsentation, Selbsterfahrung, Rollenspiel, Arbeitsgruppen, Plenumsdiskussion, Fallsupervision, Übungen	
Inhalte	Biographiearbeit, Arbeit mit belasteten Eltern	Annäherung an das Thema „Eltern“
		Versöhnung mit eigenen Erfahrungen, Stabilisierung
		Theorie der transgenerationalen Weitergabe traumatisierender Erfahrungen
		Die Bedeutung der Eltern in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen
	Ressourcenarbeit, Stabilisierungsmöglichkeiten	
Beratung und Kommunikation mit belasteten Eltern	„Sicherer Ort“ Elterngespräch	
	Fallarbeitsmethode	mit transgenerationaler Weitergabe
	Fallsupervision	unter dem Aspekt der transgenerationalen Weitergabe

Achtes Modul	21. - 23.01.2015	Referentinnen: Birgit Lang, Wilma Weiss
Methoden	Präsentation, Gestaltarbeit, Arbeitsgruppen, Selbsterfahrung, Ressourcenarbeit, Übungen	
Inhalte	Die Bedeutung der PädagogInnen für den „Sicheren Ort“	Sekundäre Traumatisierung
		Burnout
		Selbstreflexion
		Selbstfürsorge und Stabilisierung
		Ressourcenarbeit
		Abschied in der Arbeit, Bedeutung, Gestaltung, Aspekte von Abschied
		Abschied aus der Fortbildung, Prozess, Inhalte Gruppe

Neuntes Modul	15.-17.04.2015	Referenten: Birgit Lang, Marc Schmid
Methoden	Präsentation, Arbeitsgruppen, Rollenspiel, Übungen, Diskussion	
Inhalte	Traumatherapeutische Verfahren	
	Pädagogische Begleitung traumatisierter Mädchen und Jungen im therapeutischen Prozess	
	Therapie meets Pädagogik, Abgrenzung und Vernetzung/Kooperation	

Zehntes Modul	16.-18.09.2015	Referenten: Birgit Lang, Bettina Breymaier und/oder Célia Steinlin
Inhalte	Beratungssituationen im pädagogischen Alltag	
	Vertiefung Beratung und Kommunikation mit belasteten Eltern	
	Stabilisierung im Beratungskontakt	
	Selbsterfahrung	
	Supervision	
	Prüfungsvorbereitungen	

Elfte Modul	25.-27.11.2015	Referenten: Birgit Lang, Bettina Breymaier und/oder Célia Steinlin
Inhalte	Präsentation und Abnahme der Praxisprojekte	
	Apéro	

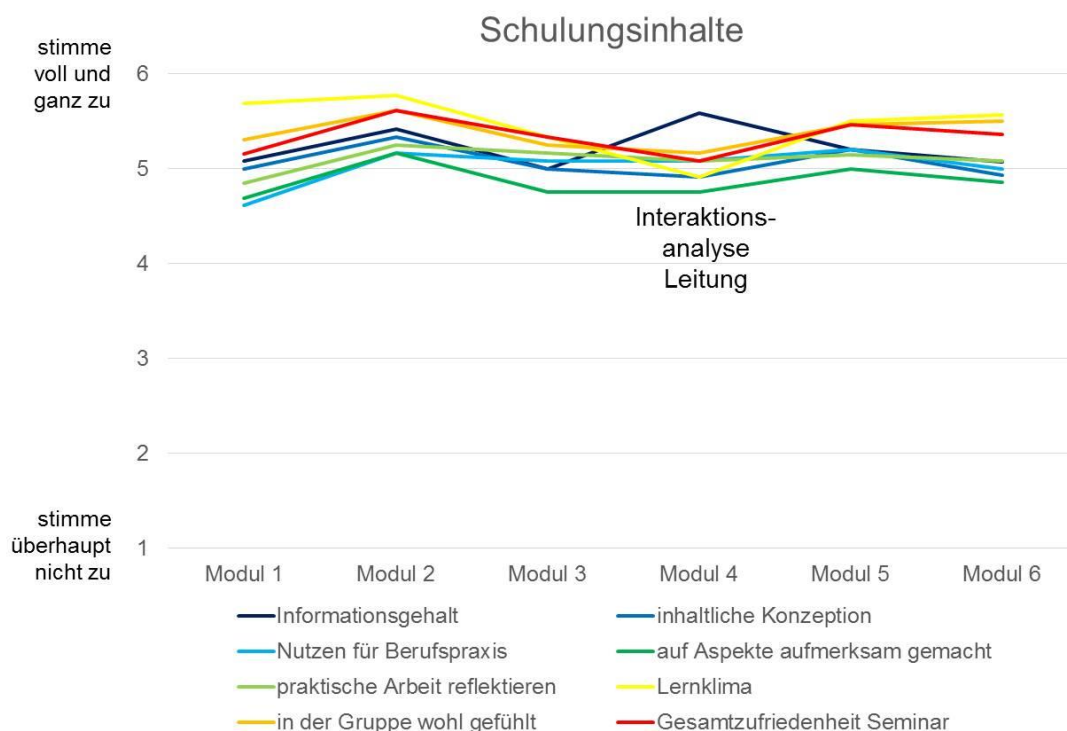
3.4.4 Ergebnisse der didaktischen Auswertung der Qualität und Zufriedenheit der teilnehmenden Leitungs- und Fachkräfte mit den Schulungen

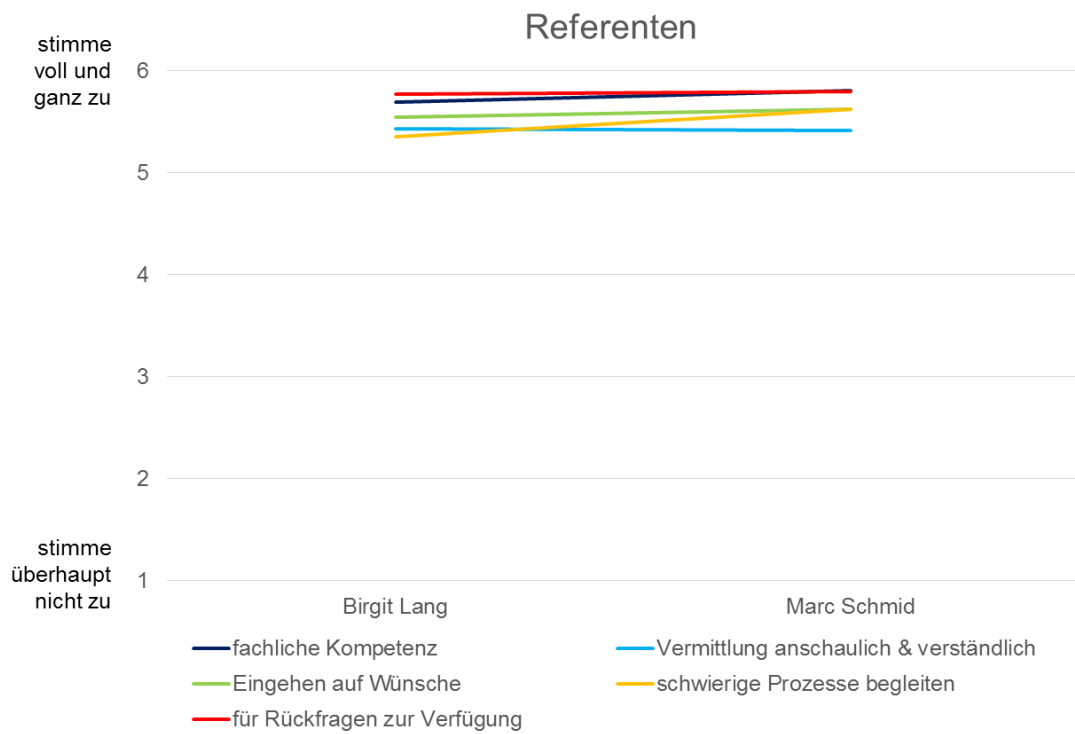
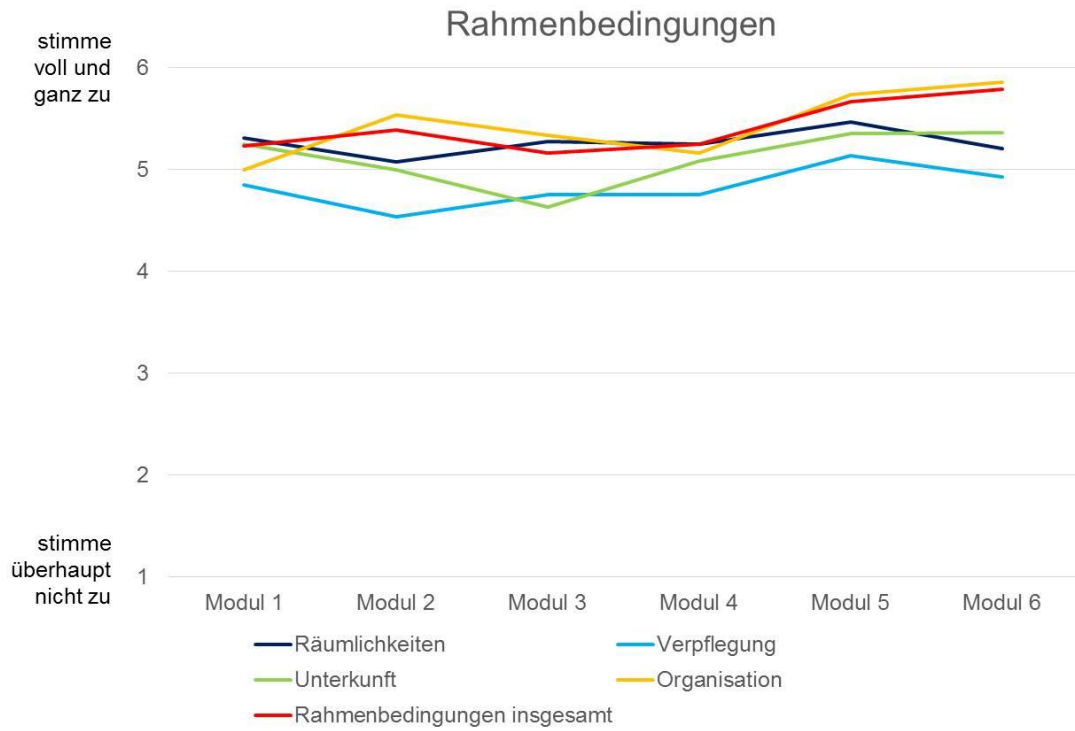
Die Qualität und die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit den Schulungen auf der Team- und Leitungsebene wurden mit einem Evaluationsfragebogen nach dem Vorbild der Evaluation der Universität Basel und verschiedener Psychotherapieausbildungsinstitute, welche damit die Qualität von Weiterbildungen und Lehrveranstaltungen bewerten, erfasst.

Die Teilnehmenden sollten auf Likert-Skalen beurteilen, wie zufrieden sie mit der Organisation des Seminars, dem Aufbau, dem Informationsgehalt, dem didaktischen Konzept des Seminars sowie der Fachkompetenz und organisatorischen Leitung durch die Referenten waren. Des Weiteren wurde auch offen nach konkreten Verbesserungswünschen und Anregungen sowie nach Aspekten, die den Teilnehmenden besonders gut gefallen haben, gefragt. Die Auswertungen und das konstruktive Feedback konnten für die Konzeption der weiteren Seminare herangezogen werden. Das permanente Feedback durch die Teilnehmenden garantierte, dass die Schulungen auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden gut abgestimmt waren. Die Abbildung „Schulungsinhalte“ schafft einen Überblick über die Rückmeldungen zu den Schulungsinhalten für jedes Modul auf Leitungs- und Teamebene.

Schulungen auf Leitungsebene

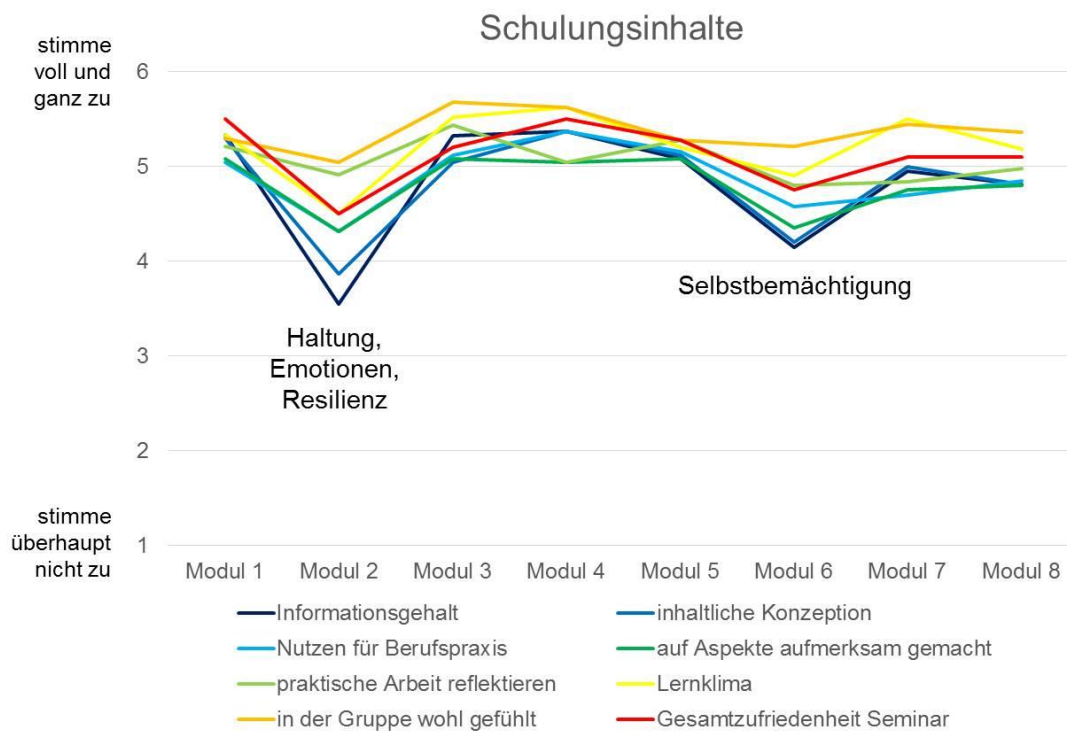
Die Leitungskräfte bewerten die Schulungen, die Schulungsinhalte und die Referenten durchgehend extrem positiv (s. Abbildungen unten). Bei den Schulungsinhalten wurde der Workshop zum Thema Interaktionsanalyse auf Leitungsebene am besten bewertet, wobei alle Seminare bereits ausgesprochen positiv und im sehr guten Bereich eingeschätzt wurden. Die Rahmenbedingungen wurden von den Leitungskräften auch als sehr gut, aber nicht ganz so enthusiastisch wie bei den Teams, eingeschätzt.

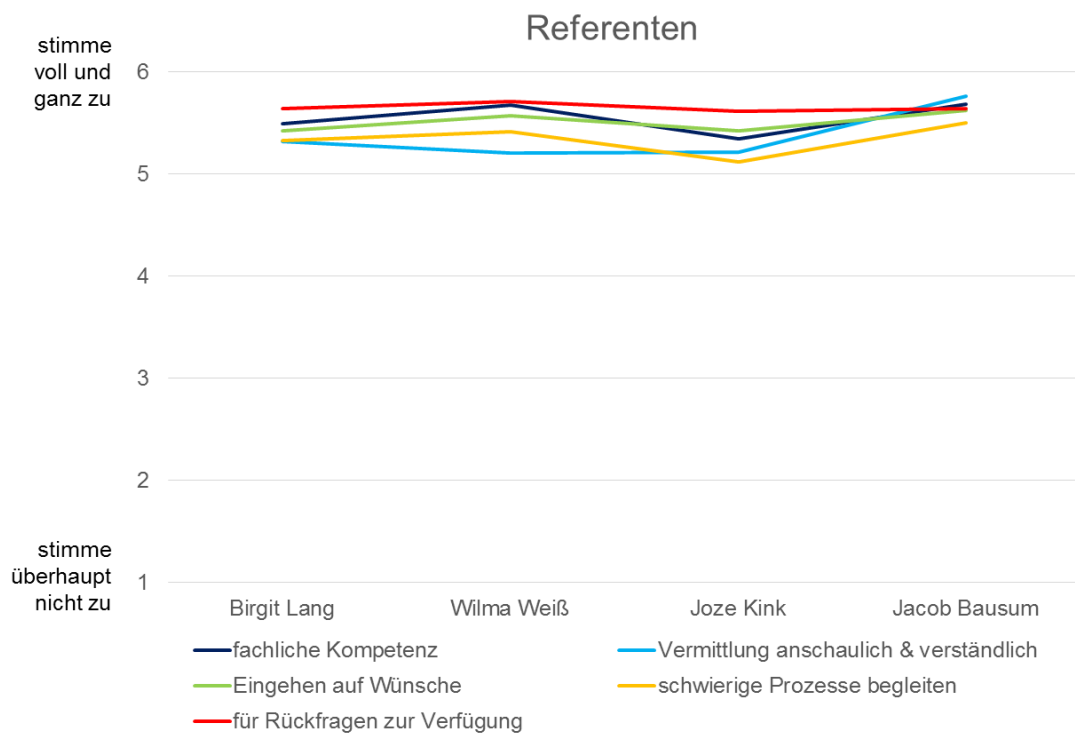
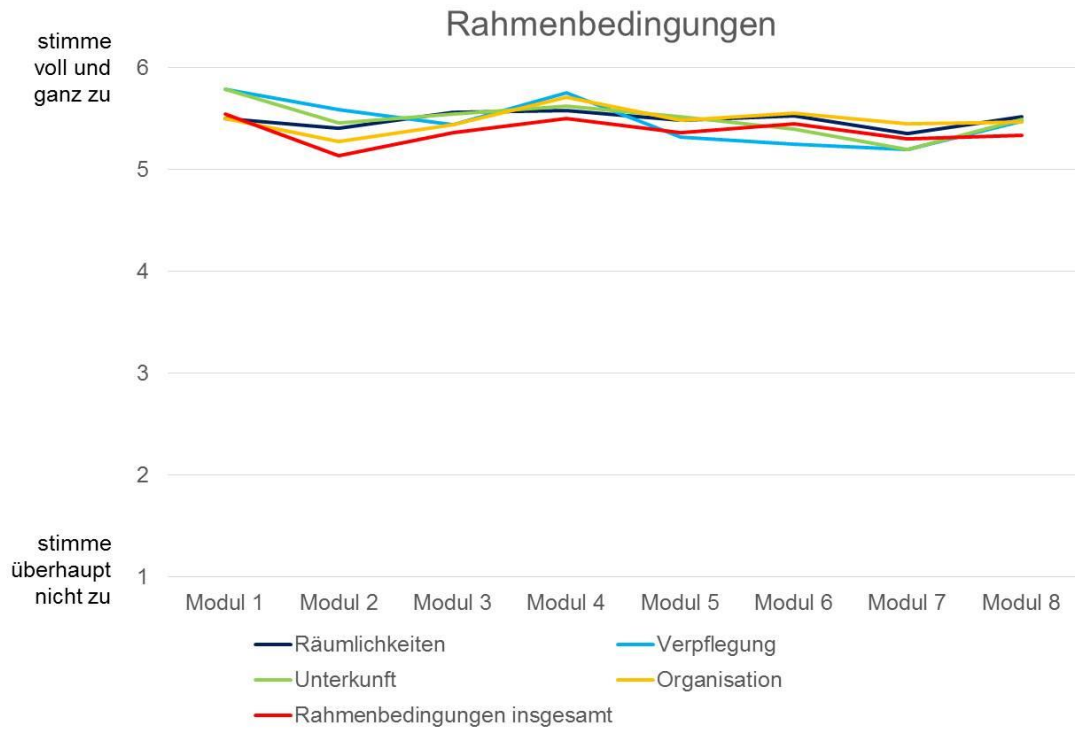




Schulungen auf Teamebene

Im Allgemeinen waren auch die Teammitglieder mit den Schulungsinhalten extrem zufrieden. Über alle Module hinweg wurde zurückgemeldet, dass sich die Teilnehmenden in der Gruppe wohlfühlten und das Lernklima als angenehm empfanden. Am wenigsten zufrieden waren die Teilnehmenden mit dem Informationsgehalt und der inhaltlichen Konzeption von Modul 2 zum Thema ‚Haltung, Emotionen, Resilienz‘ und Modul 6 zum Thema ‚Selbstbemächtigung‘. Mit den Rahmenbedingungen waren die Teilnehmenden der Teamschulungen ausserordentlich zufrieden. Auch die Räumlichkeiten, Verpflegung, Unterkunft, Organisation und die Referenten wurden extrem positiv bewertet (siehe Abbildungen „Rahmenbedingungen und Referenten“).





Rückmeldung auf die offenen Fragen von Leitungs- und Teamebene

Sehr geschätzt wurde die Arbeitsatmosphäre. Es wurde oft angemerkt, dass der Mix der Referenten und deren unterschiedlicher didaktischer Stil und Persönlichkeit sowie der häufige Wechsel zwischen theoretischen Inputs und der Diskussion in Arbeitsgruppen optimal gewesen wäre. Die Weiterbildung sei daher inhaltlich sehr reich und kurzweilig gewesen. Die Zeit für den Austausch mit den anderen Teams und dem eigenen wurde sehr geschätzt. Insbesondere die Leitungsebene hat sonst wenige Möglichkeiten, sich derart intensiv mit anderen Fachpersonen über die Herausforderungen von Leitungspersonen in solchen Change Management-Prozessen auszutauschen. Die warme und herzliche Gruppenatmosphäre habe es erlaubt, sich zu öffnen und auch auf emotionaler Ebene zu lernen. Insbesondere auf der Leitungsebene wurde der Austausch über konkrete Schwierigkeiten in der Leitung und Führung einer Institution als sehr wertvoll empfunden. Auch die Organisation sowie die Klausur, die auch den informellen Austausch beim gemeinsamen Essen erlaubte, wurden sehr dankbar aufgenommen.

Auf Teamebene wurde mehrmals kritisch angemerkt, dass die Plenumsdiskussion sehr langwierig gewesen wäre und diese tendenziell früher unterbrochen werden sollten. Eine Person hat angeregt, dass auch die Abendstunden für die Weiterbildung genutzt werden sollten, was vermutlich die Mehrheit der Teilnehmer nicht unterstützen würde. Auf Leitungsebene wurde hinterfragt, ob es nicht sinnvoll gewesen wäre, auch mehr Selbsterfahrungsanteile in die Leitungsmodule einzubauen und alle Übungen, die das Team macht, auch selbst auszuprobieren. Da diese die Kurse auf Leitungsebene erheblich verlängert hätten, wäre dies aber auch budgetrelevant geworden, und es schien in Anbetracht der knappen Ressourcen auf der Leitungsebene zwar inhaltlich wünschenswert, aber im Modellversuch kaum zu realisieren. Ansonsten gibt es oft vereinzelte Aussagen, die sich scheinbar widersprechen. So wünschten sich einzelne Teilnehmende mehr Theorie und andere mehr Praxisbezug sowie manche mehr Austausch mit dem eigenen Team und andere mehr in institutionell gemischten Gruppen. Die heterogenen, sich gegenseitig ausschliessenden Wünsche einzelner Teilnehmenden bei der sehr hohen Gesamtzufriedenheit sprechen eigentlich dafür, dass der gewählte Mix sehr gut auf die Bedürfnisse der Gruppe abgestimmt war.

3.5 Konzeptualisierung der Prozessbegleitung

Die Prozessbegleitung in den fünf Modelleinrichtungen erfolgte durch jeweils eine Projektmitarbeiterin des Modellversuchs. Die insgesamt drei Prozessbegleiterinnen (ausgebildete Psychologinnen/Psychotherapeutinnen) waren im Projekt noch mit anderen Aufgaben betraut und verfügten über Erfahrung in Fortbildung und Beratung von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. Die Modelleinrichtungen wurden den drei Prozessbegleiterinnen zugeteilt, so dass jede Einrichtung über die gesamte Projektdauer eine konstante Ansprechperson hatte. Bei geplanten Abwesenheiten der Prozessbegleiterinnen (z.B. geplante Schwangerschaft mit anschliessendem Mutterschaftsurlaub) wurde im Vorfeld eine Vertretung organisiert. Im Zentrum der Prozessbegleitung standen die Organisation und Durchführung von Klausurtagen in den Modelleinrichtungen, die jeweils nach den Teamschulungen stattfanden. Alle Prozessbegleiterinnen nahmen an den Leitungsschulungen teil, um so die vermittelten Inhalte und die ersten Prozesse auf Leitungsebene zu erfahren. Auch an den Teamschulungen war immer eine Prozessbegleiterin vor Ort. Eine Übersicht zu den Schulungsinhalten, die sich daraus ergebenden Implikationen für die

Prozesse in den einzelnen Einrichtungen, sowie Informationen zur Dynamik und Stimmung wurden jeweils an die anderen beiden Prozessbegleiterinnen weitergegeben. Darüber hinaus standen die Prozessbegleiterinnen für individuelle Rückfragen oder Austausch mit der Modelleinrichtung zur Verfügung.

Die Klausurtag wurden jedes Mal mit der Einrichtungsleitung oder einem/r VertreterIn des Prozessteams in den Institutionen vorbereitet. Im Rahmen dieser Vorbereitung erfuhr die Prozessbegleitung aktuelle Themen im Team oder im pädagogischen Alltag, und es wurden Schwerpunkte für den Klausurtag festgelegt. Die Auswahl der Schwerpunkte erfolgte entweder durch die Einrichtungsleitung oder, wie in den meisten Fällen, durch das gesamte Prozessteam. In einigen Fällen wurden die Schwerpunkte auch ad hoc am Klausurtag festgelegt. Zudem wurde besprochen, wer am Klausurtag die Moderation übernimmt. Meistens moderierte die Prozessbegleiterin, damit die Einrichtungsleitung resp. das gesamte Prozessteam die Möglichkeit hatte, sich völlig frei auf den Prozess einlassen zu können. Teilweise war es aber auch sinnvoll, dass die Prozessbegleiterin die Moderation abgab, um selbst aktiver in die Diskussion eingreifen zu können. Die Arbeit in einem Prozessteam, das sich aus Leitungs-, Versorger- und Teamebene zusammensetzt, war für die meisten Beteiligten ungewohnt und die Diskussion und Konsensfindung eine Herausforderung, die jedoch von Klausurtag zu Klausurtag geübter und leichter stattfinden konnte.

Die Prozessbegleiterin übernahm folgende Aufgaben:

- Strukturierung der Abläufe (Einhaltung der Zeiten, Pausen, Einstiegs- und Schlussrunden)
- Zusammenführen der beiden Ebenen aus den Schulungen (Leitung und Team)
- Ansprechen von Schwierigkeiten (Atmosphärisches, Konflikte)
- Achtung der traumapädagogischen Grundhaltungen und der Versorgerkette im Gesamtprozess
- Wahrung des sicheren Ortes für alle Teilnehmenden
- Dokumentation des Klausurtages in Form von Protokollen

Die Hauptaufgabe der Projektbegleiterinnen bestand darin, die Motivation für den Prozess hochzuhalten und diesen zu strukturieren. Die Kunst bestand, ähnlich wie in der Pädagogik oder Psychotherapie, aber darin, die Verantwortung für den Prozess dennoch bei der Institution zu belassen und eine moderierende Position zu halten. Teilweise war es aber dennoch sinnvoll, die Institutionen nach der Klärung der Verantwortung aus einer externen Position heraus zu unterstützen und diese an Absprachen und gemeinsame Ziele zu erinnern. Beispielsweise konnte vereinbart werden, dass die Prozessbegleiterin nach einer Selbstverpflichtung des Prozessteams zur Umsetzung konkreter Schritte, das Thema ein paar Wochen später nochmals ansprach und sich nach der Umsetzung und den Erfahrungen erkundigte.

Oftmals ergab es sich im Projektverlauf, dass die Prozessbegleiterin noch weitere Aufträge übernahm. Insbesondere die Integration von neuen Mitarbeitenden und Leitungskräften in das Prozessteam war eine wichtige Aufgabe. Hier wurden die Mitarbeitenden mit den entsprechenden Materialien versorgt und in persönlichen Kontakten konnten offene Fragen geklärt werden. Oder die Prozessbegleiterin übernahm die Aufgabe, der Gesamteinrichtung eine Einführung in die Traumapädagogik zu geben oder Leitung/Team bei diesem Vorhaben zu unterstützen. Wichtig war bei allen Auf-

gaben, dass sich die Prozessbegleiterin stets an traumapädagogischen Grundprinzipien (z.B. traumapädagogische Grundhaltungen, Versorgung, sicherer Ort) orientierte und dafür einstand.

Die Prozessbegleiterinnen waren weiter Ansprechpersonen für die jeweiligen Spiegeleinrichtungen, die aktiv an der Evaluation teilnahmen. Sie versuchten die Einrichtungen mit Hilfe von sehr kompetenten und engagierten Hilfswissenschaftlerinnen dabei zu unterstützen. Auf Wunsch standen die Prozessbegleiterinnen (auch für die Modelleinrichtungen) für Fallbesprechungen zur Verfügung, um den Einrichtungen bei der Interpretation der Daten der Kinder und Jugendlichen behilflich zu sein. Gegen Projektende führten die Prozessbegleiterinnen zudem Weiterbildungstage durch, um den Spiegeleinrichtungen etwas für ihre wertvolle Teilnahme zurückzugeben.

4 Begleitung der praktischen Umsetzung der traumapädagogischen Konzepte in den Modelleinrichtungen

Ein ganz wesentlicher Aspekt der Umsetzung von traumapädagogischen Konzepten im Rahmen der Projektbegleitungen war es, in den Modellinstitutionen zu priorisieren und abzustimmen, welche Schlüsselprozesse im Verlauf des Modellversuchs aus traumapädagogischer Perspektive heraus optimiert werden sollten. Hier konnten die Institutionen natürlich ihre Wünsche einbringen und es wurde darauf geachtet, auch die Stärken und Ressourcen der Institution ausgiebig zu analysieren und einzubringen. In einem ersten Schritt sollten die Haltung und die dahinterstehenden Strukturen analysiert und dort relativ einfache Veränderungen angestoßen werden. Um eine gewisse Vergleichbarkeit zwischen den sehr heterogenen Modellinstitutionen gewährleisten zu können und gewisse Standards zu setzen, wurde vom Implementierungsteam gemeinsam mit der Steuerungsgruppe beschlossen und dann mit den Teams der Institutionen vereinbart, dass einige zentrale Kernpunkte von traumapädagogischen Konzepten in allen Institutionen in gleicher Art und Weise umgesetzt werden sollten. Dabei handelte es sich um Interventionen, die auch in verschiedenen Altersgruppen und allen Institutionstypen angewendet bzw. leicht für unterschiedliches Klientel adaptiert werden können. Dabei ist natürlich klar, dass die Grundvoraussetzung für einen solchen Prozess die Etablierung einer förderlichen traumapädagogischen Grundhaltung und des sicheren Ortes ist, welcher im Rahmen der Prozessbegleitung mit den Teams als Basis erarbeitet werden musste.

1. Etablierung des sicheren Ortes und einer traumapädagogischen Grundhaltung
2. Verwendung der Interaktionsanalyse
3. Anwendung von Resilienzstunden auf Ebene der Kinder und Jugendlichen
4. Etablierung von strukturierten Zeiten zur Förderung der Resilienz und der Mitarbeitenden

4.1 Etablierung des sicheren Ortes und einer traumapädagogischen Grundhaltung

Ein wesentlicher und leider schwer zu operationalisierender Teil ist die Etablierung des sicheren Ortes und einer traumapädagogischen Grundhaltung. Gerade zu Beginn des Projektes waren die Prozessbegleitungen von vielen Diskussionen geprägt, was nun das psychotraumatologische Wissen, ein „Sicherer Ort“ und die traumapädagogischen Grundhaltungen für die Traumapädagogik in der eigenen Institution genau bedeuten.

Was versteht ein Team unter den traumapädagogischen Werthaltungen: Was machen wir bereits, um diese Werthaltungen zu fördern? Was können wir optimieren? Woran merken die Klienten und Mitarbeitenden, dass diese Werte gelebt und praktiziert werden?

- Sichere Orte bieten
- Wertschätzung
- Transparenz
- Partizipation
- Individualisierung
- Annahme des guten Grundes
- Ressourcenorientierung
- Förderung des Selbstverstehens
- Beziehungsangebote und Anwaltschaft für die Kinder
- Spass und Freude in der Arbeit mit den Kindern

Die eigene Praxis und Strukturen wurden mit den Inhalten abgeglichen und Schlüsselprozesse auf diese Werthaltungen analysiert. Es wurde diskutiert, in wie fern die Abläufe transparent waren, welche Beteiligungsstrukturen es für Klienten und Mitarbeitende gibt und was konkret optimiert werden kann. So beispielsweise wie die Wertschätzung gegenüber den Klienten und deren Bedürfnisse im pädagogischen Alltag konkret vermittelt und aufgegriffen werden, mit welchen kleinen Gesten die Wertschätzung gegenüber den Klienten im Alltag noch weiter gesteigert und ihr Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle noch besser adressiert werden könnten.

Erwartungsgemäss wurden die Fragen rund um eine Individualisierung der Pädagogik, eine Anpassung des Regelwerkes und die Annahme des „guten Grundes“ besonders intensiv und teils auch kontrovers anhand von konkreten Beispielen diskutiert, insbesondere die Fragen, wie Grenzen gesetzt werden können ohne mit Sanktionen drohen zu müssen. Es wurde hierbei sehr deutlich erlebbar, wie wichtig die pädagogische Präsenz und wie bedeutsam dabei die innere Sicherheit sind. Gerade hierfür ist der Austausch über die Werthaltungen in einem Team wichtig, da geteilte Werthaltung einem Team sehr viel mehr Sicherheit geben können als Diskussionen über die Umsetzung von Regeln.

Diese Zeit für den Abgleich der Grundhaltungen und das wohlwollende Hinterfragen der eigenen Praxis war ein extrem fruchtbarer, schwer zu beschreibender Prozess. Die Ergebnisse dieses Prozesses zeigten sich in sehr vielen kleinen Veränderungen sowie einer Sensibilisierung für viele kleine Gesten im Alltag und haben persönliche Prozesse und Diskussionen im Team angestossen.

Diese Sensibilisierung für diese Thematik und die Reflexion darüber, wie auch Räumlichkeiten die Bedeutung von Visualisierungen dieser Haltung unterstreichen könnten, wirkte sich in einigen Einrichtungen recht unmittelbar auf die Ausgestaltung der Zimmer und Besprechungsräume aus. Beispielsweise wurden Zimmer renoviert und durften individueller gestaltet werden. So wurden grössere Spiegel für die Zimmer der Kinder gekauft, um ihr Selbstverstehen und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper zu fördern, es wurde mehr gemeinsam gekocht, Beurlaubungen wurden anders vor- und nachbereitet, wertschätzende Begrüssungsrituale etc.

4.2 Verwendung der Interaktionsanalyse

Die Interaktionsanalyse (Schmid & Lang, 2015) ist ein Schema zur Besprechung und Analyse von Fällen und schwierigen Interaktionen mit Klienten. Die Interaktionsanalyse kann im Team und einzeln angewendet werden. Der systematische Einsatz der Interaktionsanalyse in allen Modellinstitutionen sollte vor allem dazu dienen, die Fallbesprechung in allen Interventionen zu vereinheitlichen, eine Haltung zu implementieren und es darüber hinaus zu ermöglichen, die Selbstwirksamkeit der Teams gezielt zu fördern und zu fordern.

Die Interaktionsanalyse verfolgt zwei Ziele: Primär soll sie helfen, die guten Gründe und dahinterstehenden Bedürfnisse hinter dem Problemverhalten von Klienten zu entdecken, um daraus möglichst konkrete Interventionsideen abzuleiten. Sie soll dadurch Fallbesprechungen und Reflexionen effizienter gestalten und sicherstellen, dass diese Fallbesprechungen aus einer traumapädagogischen Haltung heraus bestritten werden. Diese Haltungsänderungen waren die zentrale Intention bei der Vorgabe des Zieles, die Interaktionsanalyse möglichst häufig bei Fallbesprechungen einzusetzen, da durch den korrekten Einsatz der Interaktionsanalyse weitgehend sichergestellt werden kann, dass ein Team die guten Gründe hinter diesem Verhalten und die darunter verborgenen Bedürfnisse des Klienten bei der Betrachtung von Problemverhalten identifizieren kann. Wenn ein Team seine Fälle immer in einer solchen Art und Weise reflektiert, entwickelt sich ein anderer Blick und eine wohlwollendere, traumasensiblere Haltung auf Problemverhalten, welche sich dann nach und nach auf das ganze Milieu ausbreitet.

„Die Gewohnheit ist ein Seil. Wir weben jeden Tag einen Faden, und schliesslich können wir es nicht mehr zerreißen.“

Thomas Mann

Ein entscheidender Vorteil der Gestaltung von Fallbesprechungen mit dieser Systematik ist, dass diese konsequent zu konkreten Interventionen führt und sowohl für die Bedürfnisse des Klienten als auch die eigenen Gegenübertragungsgefühle sensibilisiert. Durch die Fokussierung auf konkrete Interaktionen und Interventionen vermitteln sie den anwendenden Fachkräften viel Selbstwirksamkeit. Durch das Konzept, dass immer mehrere Interventionsideen ausgedacht werden, hat es zudem auch etwas Leichtes und Spielerisches und vermittelt, dass es nie nur eine Lösung gibt. Interaktionen mit traumatisierten Menschen lösen häufig einen grossen Druck aus und die Ausweglosigkeit des Traumas überträgt sich nicht selten auf das Helfersystem. Deshalb ist es auch eine wichtige Wirkung der Interaktionsanalyse auf die Selbstwirksamkeit, dass sie aufzeigt, dass es viele verschiedene, sinnvolle Handlungsmöglichkeiten gibt und man etwas anderes ausprobieren kann, wenn eine nicht funktioniert.

Die Sensibilisierung auf die Gefühle der Kinder und die eigenen Gegenübertragungsgefühle stärkt das Kohärenzgefühl, weil am Ende der Interaktionsanalyse immer (zumindest fast immer) ein Narrativ entsteht, warum eine Interaktion schwierig gelaufen ist. Allein dieses Verständnis führt schon zu einer höheren Akzeptanz, schwächt gegebenenfalls Ausstossungstendenzen und nicht förderliche Reaktionen ab bzw. unterstützt diese zu containen. Die häufigere Anwendung der Interaktionsanaly-

se erlaubt es, typische Reaktionsmuster und Lösungswege zu identifizieren und diese im Alltag dann in ähnlich gelagerten Situationen nach und nach immer sicherer und automatisierter anwenden zu können. Sprich, wenn ich immer wieder in Fallbesprechungen reflektiere, dass das Autonomiebedürfnis von Klient X wichtig ist, werde ich dieses im Alltag fast automatisch immer besser adressieren und beispielsweise möglichst häufig zwei Alternativen anbieten.

4.3 Anwendung von Resilienzstunden auf Ebene der Kinder und Jugendlichen

Ein weiteres, recht anspruchsvolles Ziel war es, traumapädagogische Einzelstunden zur Förderung von Resilienzfaktoren in den pädagogischen Alltag der Modellinstitutionen zu integrieren und diese auch mit den teilnehmenden Wohngruppen möglichst häufig und mit der gebotenen Regelmässigkeit und Verlässlichkeit zu realisieren. Zwangsläufig sind diese Resilienzstunden für die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten eine der grössten Hindernisse, weil diese Resilienzstunden viele Ressourcen benötigen, sich daher am stärksten auf die Strukturen auswirken und von diesen extrem abhängig sind. Zeiten, in denen sich sozialpädagogische Fachkräfte längere Zeit 1 zu 1 mit einem Bezugsklienten beschäftigen, sind sehr wertvoll und werden oft bereits für andere wichtige Aufgaben benötigt (z.B. Behördengänge, Arztbesuche, Vor- und Nachbereitung von Standortbestimmungen etc.). Solche Präsenzzeiten sind oft nur zu realisieren, wenn das Team vollzählig ist, davon kann aber nicht immer ausgegangen werden. Schon bei einer realistischen Berechnung von Urlaubs- und Krankheitstagen ist eine Regelwohngruppe nur zu 2/3 des Jahres so gut besetzt. Die gezielte Förderung der Beziehung zur Bezugsperson sowie die Fokussierung auf vorhandene und zu entwickelnde Resilienzfaktoren sowie deren strukturelle Einbettung in den Alltag sind aber ein wichtiger Bestandteil des hier propagierten traumapädagogischen Ansatzes (Schmid et al., 2007; Lang et al., 2009; Schmid, 2010; Schmid & Fegert, 2015). Diese Förderung sollte gezielt in die pädagogische Struktur einer Einrichtung eingebunden sein und einerseits eine Qualitätszeit zwischen der pädagogischen Bezugsperson und ihrem Klienten darstellen sowie andererseits der spezifischen Förderung von Fertigkeiten und Resilienzfaktoren dienen. Dahinter stecken mehrere strategische Überlegungen, welche es sinnvoll erscheinen lassen, eine solche Struktur fest in den institutionellen Alltag einzuweben.

Übergeordnete strategische Ziele der Resilienzstunden

1. Förderung von positiven Beziehungserfahrungen und zwischenmenschlichem Vertrauen - Adressieren von Bindungsbedürfnissen des Kindes.
2. Sicherstellen der positiven Interaktion und Freude mit der Bezugsperson - strukturelle, feste Einbettung in den Alltag - ein Guthaben auf dem Beziehungskonto aufbauen.
3. Durchbrechen von ungünstigen Verstärkungsmustern - Bedürfnis nach Aufmerksamkeit soll soweit erfüllt werden, dass dieses nicht über Problemverhalten erfüllt werden muss.
4. Schutz von exquisiten Qualitätszeiten vor der Gruppen- und Teamdynamik.

Bindungstheoretische Überlegungen legen nahe, dass traumatisierte Kinder ein hohes Mass an Misstrauen mitbringen, oft den Kontakt zu Bezugsperson vermeiden und ihre Bindungsbedürfnisse im Alltag eher unterdrücken. Aufgrund ihrer maladaptiven Beziehungserfahrungen denken sie häufig

auch, sie haben diese Zuwendung und Zuneigung der Bezugspersonen nicht verdient und verfügen über wenig soziale Fertigkeiten, ihre Beziehungsbedürfnisse adäquat anzumelden. Sie haben oft nicht gelernt, um Zuwendung zu fragen oder sich mit ihren emotionalen Nöten anzuvertrauen, weshalb es von Vorteil ist, wenn eine Struktur vorgegeben werden kann, welche ihnen diesen Schritt erleichtert. Ein weiterer Hintergedanke ist der, dass positive Interaktionen und Spass zwischen Bezugsperson und Bezugskind/-klient das Beziehungskonto auffüllen und daher negative Interaktionen im Alltag leichter zu verkraften, auszuhalten und zu kompensieren sind, da eine andere Basis gelegt ist. Die tiefere und vertrauensvollere Beziehung wirkt sich auch positiv auf alle Aussenkontakte, Hilfeplangespräche und Standortbestimmungen aus, da eben auch für diese Außenkontakte eine ganz andere Basis besteht. Das in den Einzelstunden aufgebaute Vertrauen und der intensivere Austausch führt dazu, dass die Bezugsperson in Standortbestimmungen besser administrativ, fachlich und emotional unterstützen kann und das Kind mit dieser Hilfe am Prozess leichter und effektiver partizipieren kann. Die Beteiligung und die stärkere Berücksichtigung der Interessen und Bedürfnisse des Kindes und des Jugendlichen im Hilfeprozess führen ihrerseits wieder zu einer stärkeren Identifikation mit der Hilfe und sind dadurch im pädagogischen Alltag leichter zu steuern. Bindungsrepräsentationen und die Mentalisierung davon, was andere Menschen, insbesondere die engsten Bezugspersonen, denken und von mir erwarten, sind letztlich die Grundlage jedes prosozialen, regelkonformen Verhaltens. Ein kleines Kind, das sich beim Klettern durch einen Blick bei den Eltern versichert, ob es das noch darf, oder das Kind, das um den Süßigkeitenschrank herumschleicht und einen internen Konflikt austrägt, hat eine Repräsentation zu seinen Eltern, deren Intentionen und pädagogischen Zielen aufgebaut. Viele Heimjugendlichen konnten diese Erfahrungen nicht sammeln und kaum Repräsentationen von anderen bedeutsamen Menschen und deren Erwartungen an sie aufbauen, weil ihnen vertraute Bezugspersonen auf ihrem bisherigen Lebensweg fehlten. Die intensiveren Kontakte zu einer Bezugsperson können dies aber unterstützen und helfen, Repräsentation davon aufzubauen und besser zu verstehen, was sich die SozialpädagogInnen wünschen, welche Sorgen sie sich um die Jugendlichen machen etc.

Auch aus verhaltenstherapeutischer Perspektive spricht vieles für eine solche Qualitätszeit zwischen pädagogischer Bezugsperson und KlientIn, weshalb fast alle verhaltenstherapeutischen Elterntrainings solche Qualitätszeiten beinhalten (Patterson et al., 1982; Döpfner et al., 1997; Sanders, 1999; Schmid & Puk, 2005). Hintergrund ist die Tatsache, dass Problemverhalten von Kindern fast zwangsläufig durch Aufmerksamkeit der Eltern oder pädagogischen Fachkräfte verstärkt wird. Oft haben gerade traumatisierte Kinder gut gelernt, sich negative Zuwendung zu holen, und es mangelt ihnen an positiven Erfahrungen und Beachtung und positiven Konnotation von positiven Verhalten. Ein vielfach replizierter Befund ist es, dass sich Problemverhalten sehr stark reduziert, wenn es weniger beachtet und positives Verhalten konsequent benannt und positiv verstärkt wird (Esser & Ballaschk 2005). Eine sehr gute Möglichkeit, das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Beachtung zu adressieren und das Risiko, dass dieses über Fehlverhalten zu befriedigen versucht wird, zu reduzieren, ist es, dem Kind strukturiert mehr Aufmerksamkeit zu geben und mit ihm eine positive Zeit zu verbringen. Die positive Stimmung wirkt sich einerseits positiv auf spätere Interaktionen aus und befriedigt das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit. In sozialpädagogischen Gruppensettings können diese Mechanismen, gerade auch wenn die Ressourcen der Fachkräfte begrenzt sind, noch bedeutsamer werden, da in besonders belastenden Phasen oft nur noch auf Problemverhalten reagiert werden kann und auch von pädagogischen Profis manchmal die positive Konnotation von angepasstem Verhalten vernachlässigt wird.

Die Tatsache, dass der pädagogische Alltag, die Gruppen und Teamdynamik, die Fachkräfte oft derart überladen, dass es nur gelingt die grössten Feuer zu löschen, führt gerade in Gruppensettings oft dazu, dass einerseits nur noch auf Problemverhalten reagiert wird, andererseits die wenige positive Qualitätszeit dann oft nicht konsequent genutzt wird. Zudem stellt sich für die Fachkräfte oft die Frage, wie sie ihre wenigen Zeiten klug und gerecht verteilen können. In der Regel versucht man dann intuitiv die positive Zeit mit den Jugendlichen zu verbringen, mit denen man im Alltag wenig zu tun hatte, weil sie gut so mitliefen, und nicht mit jenen Jugendlichen, die einem in den letzten Stunden mit Problemverhalten beschäftigt haben. Das Verhalten ist verständlich und die Beachtung der gut laufenden Jugendlichen sogar essentiell, Diese Mechanismen birken aber die Gefahr, dass gerade jene Kinder und Jugendlichen, die ein besonderes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit haben und es sich deshalb oft mit negativen Verhalten holen, dann im Alltag zu wenig mit positiven Interaktionen beachtet werden. Dies führt zwangsläufig dazu, dass sie sich ihre Aufmerksamkeit über Problemverhalten holen müssen. Deshalb ist es wichtig, Strukturen zu schaffen, in denen alle Kinder zuverlässig Aufmerksamkeit und Zuwendung von ihren Bezugspersonen bekommen und eben auch gerade jene Kinder/Jugendliche/Klienten ihre Qualitätszeiten bekommen, die das Team mit ihrem Verhalten momentan eher nerven.

„Liebe mich, wenn ich es am wenigsten verdiene, denn dann brauche ich es am dringendsten.“

Poster Projekt Stattnast Berlin

Struktur der Einzelstunde zur gezielten Förderung von Bindung und „Resilienzfaktoren“

Strukturell sollte die Resilienzförderung als eine regelmässige, möglichst wöchentliche Einzelstunde in ein Gesamtkonzept eingebaut und integriert werden. Dabei ist die Frequenz alleine nicht so entscheidend wie die Verlässlichkeit. Es ist wichtig, dass die vereinbarten Resilienzstunden fest eingeplant und durchgeführt werden. Eine feste Planung und sichere Einbettung in den Alltag hat mehrere Vorteile:

1. Die Qualitätszeit und Resilienzstunde geht im Alltag nicht unter
2. Gibt allen Beteiligten Sicherheit
3. Die Stunden sind ein Beziehungsangebot, das immer gemacht wird, auch wenn es vom Jugendlichen abgelehnt wird
4. Die Fachkräfte haben die Möglichkeit, diese Stunden vor- und nachzubereiten und sich Supervision zu holen
5. Die Stunde findet immer unabhängig von äusseren Umständen statt
 - a. Zeit mit den Klienten ist wichtig
 - b. Man muss sich vergeben können und die Beziehung muss geklärt werden

Es ist besser, die Resilienzstunden seltener anzubieten, sie dafür aber 100% verlässlich und konsequent zu realisieren, als mehr zu versprechen. Es ist wichtig, dass diese letztendlich auch unter schwierigeren Bedingungen durchgehalten werden können. Auch im Rahmen des Modellversuchs variierte die Frequenz erheblich, aber alle Einrichtungen hatten Phasen in welchen sie diese Resilienzstunden konsequent durchsetzen konnten. Teilweise musste hierfür aber ein erheblicher Aufwand betrieben und Springer eingesetzt werden. In den Einrichtungen für Jugendliche kamen auch Abspra-

chen der Zeitpunkte mit den Jugendlichen einer grossen Bedeutung zu, da es gerade in den berufsbildenden Angeboten nicht möglich ist, diese während der Arbeitszeit einzuplanen. Ausserdem wollen viele Jugendliche, insbesondere jene, die sich viele pädagogische Freiheiten erarbeitet haben, ihre Freizeit gerne selbst einteilen. Teilweise machte es auch Sinn, mehr als eine Stunde einzuplanen, um das Heimgelände verlassen zu können und eine attraktivere Freizeitaktivität gemeinsam durchzuführen.

Die Resilienzstunden und die Konsequenz, sie immer stattfinden zu lassen, sind ein wichtiges Signal an die Kinder und Jugendlichen. Die Verteidigung dieser Qualitätszeiten zeigt den Klienten, dass den Fachkräften die Zeit mit ihnen wichtig ist. Allein die Tatsache, dass diese festen Zeiten mit den Klienten im Zweifel wichtiger sind als andere Tätigkeiten, signalisiert den Klienten auch eine Wertschätzung und emotionales Engagement. Ein sehr bedeutsamer Aspekt der festgelegten Resilienzstunden besteht auch darin, dass vor oder in dieser Stunde auch die Beziehung geklärt werden muss und falls es Probleme gab, müssen diese verziehen und ausgeräumt werden. Durch die feste Struktur ist es schwierig, sich nicht aus dem Weg gehen. Das Klären von Beziehung und die Notwendigkeit, allfälliges Fehlverhalten gegebenenfalls in der Beziehung aufzuarbeiten, ist für viele Heranwachsende in der stationären Jugendhilfe eine wichtige neue Erfahrung. Die feste Struktur mit klar definierten Zeitpunkten/-intervallen im Wochenverlauf erlaubt es auch, diese Stunden vor- und nachzubereiten und inhaltlich zu konzipieren. Die Vorbereitung ermöglicht es auch, sich darüber auszutauschen und Interaktionsprobleme gezielt in Fallbesprechungen zu besprechen. Durch die Vorbereitung können solche Interaktionsprobleme und die Struktur viel leichter als im Alltag aufgelöst werden. Ausserdem ermöglicht es die Vorbereitung, die Stunden sehr attraktiv zu gestalten. Es ist natürlich auch ein Zeichen der Wertschätzung, wenn der Klient sieht, dass sich seine Bezugsperson in der vergangenen Woche Gedanken dazu gemacht hat, wie die gemeinsame Stunde gestaltet wird.

Inhaltliche Ziele der Resilienzstunde

„Worauf man schaut, das wird mehr.“

Wolfgang Burr

Inhaltlich dient diese Qualitätszeit in erste Linie dazu, gemeinsam Spass zu haben und Resilienzfaktoren zu bemerken, zu verstärken und gegebenenfalls auch gezielt zu fördern. Das Wichtigste bei den Resilienzstunden ist neben dem Bindungsangebot und dem gemeinsamen Erleben von Spass und Freude, dass die Bezugspersonen die Resilienzfaktoren und Ressourcen des Kindes erkennen und ihre Beobachtungen auch ins Team tragen, so dass alle Fachkräfte diese Stärken im Alltag vermehrt bemerken und positiv verstärken können. Es sollten gemeinsame Aktivitäten, die dem Klienten und der Bezugsperson zusammen Spass machen, gesammelt werden. Es macht Sinn, eine gewisse Auswahl zu haben, es ist aber gewünscht, dass es Wiederholungen gibt, so dass mit der gleichen Aktivität jede Woche unterschiedliche Resilienzfaktoren ausgewählt und beachtet werden können. Beispielsweise kann eine Aktivität „zu den Pferden gehen“ ausgewählt werden und dort können sich dann unterschiedliche Resilienzfaktoren entfalten oder spezifisch gefördert werden. Zum Beispiel wäre es möglich, dass bei einem Besuch der Pferde besonders auf Sinneswahrnehmung geachtet wird, indem besonders viel Wert darauf gelegt wird „das weiche Fell zu spüren“, beim Füttern die Weichheit und Struktur der Zunge zu bemerken etc. In der Woche darauf könnte auf das gegenseitige Vertrauen

fokussiert werden. Man könnte den Huf des Pferdes in die Hand nehmen und reflektieren, wie viel Mut und Vertrauen, dies von beiden Seiten benötigt. Um gezielt mit Resilienzfaktoren arbeiten zu können ist ein gewisses, leicht zu erwerbendes Fachwissen über die Resilienzforschung notwendig.

Für die traumapädagogische Konzeption ist vor allem die Resilienzforschung interessant, die variable Resilienzfaktoren (Masten, 2008; Masten, 2014; Wustmann, 2004; Fröhlich-Gildhoff et al., 2007; Chicchetti, 2013, 2016) erfasst, die sich auch verändern lassen (z.B. Fertigkeiten der Selbstregulation, Selbstwirksamkeit, Kohärenzerleben, Reduktion von Dissoziation). Eine schöne Studie von Moffitt und Kollegen (Moffitt et al., 2011) konnte zeigen, dass die Fähigkeit der Selbstregulation hilft, psychische Probleme und psychosoziale Belastungen auszugleichen und die soziale Teilhabe deutlich zu erhöhen, weshalb gerade diese Fertigkeiten gefördert werden. Andere Studien zeigen, wie wichtig vertrauensvolle Bindungen sind, weshalb der Kern der Resilienzstunden die gemeinsame positiv verbrachte Zeit ist.

1. Die gemeinsame Zeit und die darin unternommenen Aktivitäten machen beiden Beteiligten Spass - man freut sich auf diese Zeit und die gemeinsamen Unternehmungen.
2. Die Qualitätszeit wird vor Problemen und organisatorischen Angelegenheiten geschützt und nicht für andere Belange, die Bezugsperson und Klient gemeinsam erledigen müssen, verwendet - Ausnahme Beziehungsklärung.
3. Bemerkungen und Nutzen von Ressourcen und Resilienzfaktoren, welche die Kinder mitbringen.
4. Gezielte Förderung von Fertigkeiten, die die Kinder in ihren Herkunftssystemen nicht ausreichend entwickeln konnten.

Die einzelnen Resilienzfaktoren sollen natürlich nicht rigide abgearbeitet werden. Die Fachkräfte sollten diese aber kennen und sich bei der Planung einer Resilienzstunde überlegen, welche Resilienzfaktoren sich anbieten, um dann jene, die der Klient anbietet, gezielt aufnehmen und adressieren zu können – wichtig ist dabei schon, dass der spielerische Zugang mit einer Absicht der Förderung verbunden wird - weil Absicht wirkt! Die Resilienzstunden sollten aber den spielerischen spassfokussierten Charakter durch die gezielte Förderung nie verlieren. Die Förderung ist eher die innere Landkarte, die den Fachkräften eine Orientierung gibt. Insbesondere sollte darauf geachtet werden, dass darin nicht gezielt Probleme gewälzt werden. Es kommt aber natürlich oft vor, dass die Klienten die vertraute Beziehung nutzen, um etwas anzusprechen, was ihnen auf dem Herzen liegt. Dies sollte dann auch genutzt werden, zeigt es doch, dass die Resilienzstunden eine wesentliche Funktion - den Aufbau von verlässlichen Beziehungen - erreicht haben. Der spassbetonte Aspekt sollte dann möglichst nachgeholt werden: „Toll, dass wir darüber reden konnten, jetzt haben wir noch etwas Zeit für Fussball“.

Im Folgenden sind Beispiele für Fertigkeiten und Haltungen, die im Rahmen von Resilienzförderung im pädagogischen Alltag und pädagogischen Einzelstunden adressiert werden können (Schröder & Lang, 2016; Fröhlich-Gildhoff et al., 2009; Wustmann, 2004; Masten, 2014) aufgeführt:

- Vertrauensvolle, sichere Bindungserfahrung
- Vertrauen, Mut, Spiritualität, Hoffnung in das Gute, die Fähigkeit, es nochmal zu probieren
- Eine positive Selbst-, Körper- und Sinneswahrnehmung (Genussfähigkeit, Gefühl für eigenen Körper, Wohlbefinden)
- Eine angemessene Selbststeuerungsfähigkeit (Emotionsregulation, Impulskontrolle, Frustrationstoleranz)
- Selbstwirksamkeitsüberzeugung

- Soziale Kompetenzen
- Kohärenzerleben
- Förderung des Selbstverstehens (Biographiearbeit, Psychoedukation)
- Angemessener Umgang mit Stress
- Problemlösungskompetenz (Strategien, Intelligenz und Kreativität)
- Humor, Gelassenheit
-

4.4 Etablierung strukturierter Zeiten zur Förderung der Resilienz und der Mitarbeitenden

Das Prinzip der Resilienzstunde kann natürlich aus ähnlichen Gründen auch für die Mitarbeitenden angewendet werden. Auch dort führt eine strukturelle Verankerung von Psychohygiene, Selbstfürsorge und -reflexion zu einer Entlastung. Insbesondere wenn regelmässige Zeiten zwischen Leitung und der Teamebene realisiert werden, signalisiert dies dem Team: „Ihr und euer Wohlbefinden ist der Trägerschaft wichtig, ihr seid unser Kapital und wir sorgen und investieren in euch“. Diese konsequente Beachtung hat auf Ebene der Mitarbeitenden eine ähnliche Wirkung wie bei den Kindern. Nicht zu unterschätzen ist auch, dass dadurch die Kohäsion des Teams gestärkt wird. Im Idealfall werden jede Woche kurze strukturierte Zeiten mit den Mitarbeitenden eingeplant, das können gemeinsame Spass betonte Aktivitäten, Achtsamkeitsübungen oder Ähnliches sein. Darüber hinaus macht es Sinn, Teamaktivitäten im Sinne eines Resilienztages zu planen, an welchen das Team gemeinsam etwas unternimmt, das ihre Resilienzfaktoren stärkt. Hier sollte eine erlebnispädagogische Aktivität geplant werden. Ein solcher Resilienztag hat einerseits den Charakter und die Wirkung eines Teamausflugs, gibt aber andererseits durch die Fokussierung auf die Weiterentwicklung gewisser Fertigkeiten auch wichtige Impulse für die Teamentwicklung. Schon allein die Auswahl der zu stärkenden Faktoren ist ein wichtiger ressourcenorientierter Reflexionsprozess, der das Team stärkt und viele Muster, die Burnout gefährdete Teams mitbringen (Fengler, 2011), untergräbt. Die Fragen, was macht uns als Team stark, was hilft uns kein Team-Burnout zu entwickeln, welche Resilienzfaktoren könnten wir noch weiter ausbauen, sind für jedes Team fruchtbare Prozesse.

4.5 Weitere traumapädagogische Interventionen

Natürlich wurden in jedem Modul der Schulungen verschiedenste Interventionsideen und traumapädagogische Methoden vermittelt, die über die Resilienzstunden und die Interaktionsanalyse hinausgehen, von den Teams und den Prozessbegleiterinnen aufgegriffen. Ein für die Teams wichtiger Aspekt ist häufig, die Achtsamkeit bei den Kindern und Jugendlichen für eigene Grenzen und die Grenzen der MitbewohnerInnen zu fördern und zu fordern. Es gibt viele Möglichkeiten über traumapädagogische Methoden auch die Gruppenkohäsion und den sicheren Ort der Gruppe zu adressieren (Bausum, 2009; Opp & Unger, 2006). Hier wurden unterschiedliche Interventionsideen entwickelt. Insbesondere die Ampelrunde, in welcher sich die Kinder und Jugendlichen Rückmeldung geben können, welche Verhaltensweisen sie von den anderen geschätzt haben und welche sie als schwierig empfanden, wird in vielen traumapädagogischen Wohngruppen gerne eingesetzt und auch im Rahmen der Prozessbegleitung des Modellversuches aktiv unterstützt, falls Wohngruppen diese umset-

zen wollten, wurde aber nicht verbindlich eingeführt, da andere Gruppenkonzepte teilweise bereits eine ähnliche Funktion erfüllten.

5 Ablauf des Modellversuchs

5.1 Rekrutierung

Der Modellversuch „Implementierung, Evaluation und Verstetigung von traumapädagogischen Konzepten in sozialpädagogischen Institutionen des stationären Massnahmenvollzuges“ (in der Folge Modellversuch Traumapädagogik genannt) wurde im Frühjahr 2012 mit der Rekrutierung der Modelleinrichtungen gestartet. Alle vom Bundesamt für Justiz subventionierten Jugendhilfeeinrichtungen wurden im Rahmen der Abschlussveranstaltung zum „Modellversuch zur Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ.)“ und per Anschreiben über den Modellversuch Traumapädagogik informiert. In der Folge bewarben sich elf Institutionen für eine Teilnahme. Das Bewerbungsdossier umfasste einen Fragebogen zu Merkmalen der Einrichtung und der betreffenden Wohngruppe (BJ-Typologie, juristische Grundlagen der Platzierung in Prozenten (der Einrichtung/der Wohngruppe), Anzahl Plätze der Einrichtung/der Wohngruppe, Anzahl Wohngruppen, personelle Ausstattung der Wohngruppe, Klientel der Wohngruppe, durchschnittliche Verweildauer, Notaufnahmen, Anzahl Einzelzimmer, räumliche Ausstattung der Zimmer, zentrale Merkmale der sich bewerbenden Wohngruppe, Strukturen zur Sicherstellung der Psychohygiene der Mitarbeitenden, Art und Weise der Fallbesprechungen, typische Zielsetzungen/Massnahmenziele der Wohngruppe), sowie eine Bereitschaftserklärung und ein Motivationsschreiben. In der Bereitschaftserklärung erklärten sich die Einrichtungen bereit, ihre Strukturen gemäss traumapädagogischem Konzept auszubauen bzw. weiterzuentwickeln. Zudem erklärten sich die Einrichtungen damit einverstanden, an der begleitenden Evaluation teilzunehmen (auf der Ebene der Mitarbeitenden sowie der der Kinder und Jugendlichen), ihre Mitarbeitenden für die Teilnahme an den Traumapädagogik-Schulungen freizustellen und die Kosten für Kost und Logis sowie die Reisepesen zu übernehmen. Im Motivationsschreiben wurden die sich bewerbenden Einrichtungen aufgefordert, ihre Motivation für eine Teilnahme zu erläutern.

In einem Gremium, das sich aus Mitarbeitenden des Modellversuchs, Mitgliedern des vom Bundesamt für Justiz eingesetzten Fachausschusses für Modellversuche sowie der Verantwortlichen für Modellversuche des Bundesamtes für Justiz zusammensetzte, wurden aus den elf Einrichtungen fünf ausgewählt. Bei der Auswahl der fünf Modellwohngruppen waren folgende Einschlusskriterien zentral: Vom Bundesamt für Justiz subventionierte Einrichtung, Mindestverweildauer der Klientel von einem Jahr und Klientel im Schulalter oder in der erstmaligen Berufsausbildung. Da der Modellversuch zum Ziel hatte, die ganze Heterogenität von Jugendhilfeeinrichtungen der Schweiz abzubilden, wurde bei der Auswahl zudem darauf geachtet, dass sowohl reine Mädchen- und Jungen- als auch koedukative Wohngruppen aus verschiedenen Kantonen und Altersgruppen ausgewählt wurden.

Daraus resultieren Vor- und Nachteile: Durch die Heterogenität der teilnehmenden Einrichtungen lässt sich individuell für die verschiedenen Zielgruppen überprüfen, wie sich Traumapädagogik umsetzen lässt und was es dabei in verschiedenen Handlungsfeldern besonders zu berücksichtigen gilt. Aus den verschiedenen Prozessverläufen lassen sich Erkenntnisse ableiten, die für den gesamten Bereich der Jugendhelfemassnahmen wertvoll sind. Dies bedeutet, dass die rasche Verbreitung der Traumapädagogik in der Schweiz durch die Heterogenität besonders gut gewährleistet werden kann.

te. Zudem konnte dadurch viel Wissen über die Implementierungsprozesse von Traumapädagogik in verschiedenen sozialpädagogischen Wirkungsfeldern generiert werden. Letztlich zeigte sich, wie vermutet, dass es von einer gemeinsamen Haltung und einigen zentralen traumapädagogischen Konzepten ausgehend recht einfach ist, diese an verschiedene Institutionstypologien zu adaptieren, so dass die Heterogenität der Einrichtungen für die Implementierungsprozesse ein geringes Problem darstellten und im Gegenteil die Schulungen teilweise sogar auflockerten. Auf der anderen Seite schränkt diese Heterogenität die statistischen Möglichkeiten sowie die Generalisierbarkeit der Erkenntnisse ein, da die verschiedenen Subgruppen von sehr geringem Stichprobenumfang sind und die Problemlagen von jungen Erwachsenen nicht mit denen von Kindern in Schulheimen sowie von weiblichen und männlichen Jugendlichen nur schwer miteinander verglichen werden können. Dies bedeutet, dass die spezifische Wirkung von Traumapädagogik auf Ebene der Kinder und Jugendlichen zwar gemessen werden konnte, aber aufgrund der geringen statistischen Power/Stichprobengrösse nur dann das Signifikanzniveau erreichten, wenn die Effekte aussergewöhnlich stark waren oder sehr globale Masse verwendet werden können.

Die Suche nach den Spiegeleinrichtungen wurde Ende 2012 mittels Anschreiben an alle BJ-zertifizierten Einrichtungen durchgeführt. Ziel war es, für jede der fünf Einrichtungen des Modellversuchs zwei Spiegeleinrichtungen zu finden, welche den teilnehmenden Modelleinrichtungen bezüglich Art der Einrichtung, sowie Alter und Geschlecht der Klientel möglichst gut entsprachen. Weiter mussten die Spiegeleinrichtungen eine hohe Stabilität aufweisen, da die Teilnahme am Modellversuch viel Engagement in den Datenerhebungen erforderte. Ausserdem verfügten alle Spiegeleinrichtungen über ein grosses Interesse an der Thematik Traumapädagogik. Teilweise wurden sogar Spiegeleinrichtungen rekrutiert, die sich zuvor um eine Teilnahme als Modelleinrichtung beworben hatten. Da sich für die Modelleinrichtung Schulheim Sommerau keine passende Spiegeleinrichtung rekrutieren liess, wurden nach Rücksprache mit den verantwortlichen Personen des Bundesamtes für Justiz und des Fachausschusses zwei Spiegeleinrichtungen ohne BJ-Zertifizierung ausgewählt. In vielen Kantonen sind Schulheime für Primarschüler während der Schulferien nicht in gewohntem Umfang geöffnet, was eine Anerkennung durch das Bundesamt für Justiz ausschliesst. Da die Klientel aber dem von klassischen Schulheimen entsprach, musste bei Einrichtungen rekrutiert werden, die ebenfalls Jungen und Mädchen im Primarschulalter mit interner Beschulung und vergleichbaren Indikationen betreuten. Für eine Modelleinrichtung (Jugendheim Alltag) wurde nur eine einzige Spiegeleinrichtung identifiziert und rekrutiert (anstelle der geplanten zwei). Insgesamt konnten somit neun Spiegeleinrichtungen rekrutiert werden. Damit wurde es möglich, die herkömmliche Heimerziehung mit der Heimerziehung, die spezifisch durch traumapädagogische Konzepte erweitert wird, zu vergleichen. Aufgrund der hohen Anforderungen an Spiegeleinrichtungen ist hier jedoch anzumerken, dass es sich dabei höchstwahrscheinlich nicht um herkömmliche Heimerziehung handelt. Vielmehr handelt es sich um Heimerziehung in stabilen und gut strukturierten Einrichtungen von hoher Qualität mit einem grossen Interesse an Weiterentwicklung, was eine Teilnahme am Modellversuch überhaupt erst möglich machte.

Das Anschreiben an alle BJ-Einrichtungen zur Rekrutierung von Spiegeleinrichtungen enthielt auch die Bitte an alle Einrichtungen, an der epidemiologischen Studie teilzunehmen. Die epidemiologische Studie wurde durchgeführt, um die Ergebnisse der Mitarbeitenden der Modell- und Spiegeleinrichtungen besser interpretieren und einordnen zu können. Sie umfasste das Ausfüllen von Fragebögen zu den Bereichen private und berufliche Belastungen, Selbstwirksamkeit, Selbstfürsorge und Arbeitszufriedenheit.

5.2 Beschreibung der Modell- und Spiegeleinrichtungen

Bei den teilnehmenden Einrichtungen handelt es sich um folgende Modelleinrichtungen:

1. Die *Jugendstation Alltag* in Trimmis (GR) ist eine relativ junge Einrichtung, die im Jahre 2013 ihr zehnjähriges Bestehen feierte. Sie verfügt über fünf verschiedene Wohnstufen und eine interne Schule für männliche Jugendliche (ungefähr 60% davon strafrechtlich platziert). Die Jugendstation Alltag erhoffte sich durch eine Teilnahme am Modellversuch Traumapädagogik ein besseres Verständnis der Jugendlichen und eine Förderung ihrer Stabilität und Beziehungsfähigkeit, auch eine Stärkung des Teams und gleichzeitig eine Erhöhung der Tragfähigkeit. Zudem bestand grosses Interesse an der wissenschaftlichen Evaluation der Arbeit mit den Jugendlichen. Die teilnehmende Wohngruppe sollte eine Vorbildfunktion innerhalb der gesamten Stiftung Gott hilft einnehmen, damit die Erkenntnisse auch in andere Wohngruppen und Bereiche getragen werden können. Ein wichtiges Thema war für die Jugendstation Alltag zudem von Anfang an der Einbezug der Lehrkräfte in der Einrichtung in den traumapädagogischen Prozess. Die teilnehmende Wohngruppe Wohna1 und Wohna2 betreut 14-18jährige männliche Jugendliche auf 10 Plätzen und die durchschnittliche Verweildauer beträgt zwei bis drei Jahre. Vier Leitungskräfte und sechs pädagogische Fachkräfte starteten mit den Schulungen in Traumapädagogik.
2. Das *Bürgerliche Waisenhaus* in Basel (BS) ist eine Jugendhilfeeinrichtung, die sich seit fast 350 Jahren für Kinder und Jugendliche einsetzt. Sie umfasst sieben Gruppen für verschiedene Altersstufen sowie ein Wohnexternat und hat somit ein breites pädagogisches Angebot, eingebettet in das Verbundnetz. Alle Heranwachsenden besuchen öffentliche Schulen oder Ausbildungsstätten sowie Freizeitvereine, weshalb systemisches Arbeiten zu den Kernaufgaben der pädagogischen Fachkräfte in der Einrichtung gehört. Weiter besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Basel (Liaisonpsychologin). Das Bürgerliche Waisenhaus formulierte eingangs das Ziel, sich als Gesamtinstitution im pädagogischen Profil weiterzuentwickeln und den Bedarfen der Kinder und Jugendlichen mit belastenden Lebenserfahrungen gerecht zu werden. Weiter soll auch der Prozess der Förderung von Selbstwirksamkeit und Partizipation auch auf Mitarbeiterebene zusätzlich gefördert werden. Die teilnehmende Wohngruppe ist die Jugendwohngruppe Orion für 13-17jährige Jugendliche, die koedukativ geführt wird. Es gibt ungefähr 95% zivil- und 5% strafrechtliche Platzierungen auf den acht Plätzen der Wohngruppe und die durchschnittliche Verweildauer beträgt zwischen einem und drei Jahren. Zwei Leitungskräfte und vier pädagogische Fachkräfte auf Teamebene starteten mit den Schulungen in Traumapädagogik.
3. Die *Pestalozzi-Jugendstätte Burghof* in Dielsdorf (ZH) umfasst eine Ausbildungsstätte sowie eine Beobachtungsstätte für männliche Jugendliche im Alter zwischen 16 und 20 Jahren mit überwiegend strafrechtlichen Platzierungen (ca. 70%). Der Burghof hat die letzten Jahre einen intensiven Organisationsentwicklungsprozess durchlaufen und versprach sich von einer Teilnahme am Modellversuch Traumapädagogik eine Weiterentwicklung dieses Prozesses. Es sollte ein Zentrum für Pädagogik und Psychiatrie konzeptualisiert werden, um an der Schnittstelle Pädagogik/Psychiatrie den Bedarfen der Jugendlichen weiter gerecht werden zu können. Insbesondere das Wissen über Psychotraumatologie und Möglichkeiten zur Förderung der Selbstwirksamkeit der Jugendlichen aber auch der Mitarbeitenden war für den Burghof von grossem Interesse. Erhofft wurde auch eine Ausstrahlung der Prozesse der teilnehmenden Wohngruppe (LH1) auf andere Wohngruppen und Lehrbetriebe. Das LH1 umfasst 10 Plätze mit einer Verweildauer von

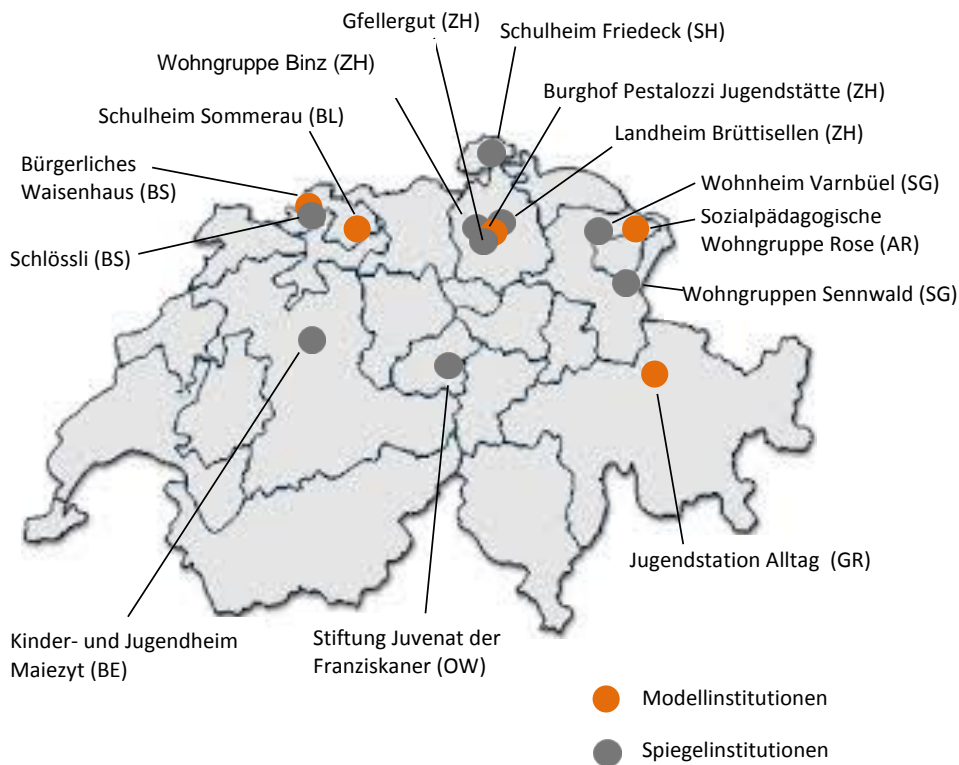
anderthalb bis zwei Jahren. Vier Leitungskräfte und fünf pädagogische Mitarbeitende auf Teamebene starteten mit den Schulungen in Traumapädagogik.

4. Die *Sozialpädagogische Wohngruppe rose* in Heiden (AR) ist eine Einrichtung für 12-18jährige weibliche Jugendliche, wovon ungefähr 95% zivil- und 5% strafrechtlich platziert sind. Es gibt neun Plätze auf der Wohngruppe und die durchschnittliche Verweildauer beträgt zwei Jahre. Die rose verfügt zudem über eine Aussenwohngruppe. Die Einrichtung bietet Mädchen und jungen Frauen einen geschützten Raum zur Entwicklung und begleitet die Mädchen darin, die öffentlichen Schulen und Ausbildungsstätten zu besuchen. Neben dem Mädchenspezifischen Ansatz gibt es noch Einflüsse aus dem Lösungsorientierten Ansatz und der Transaktionsanalyse, welche die Pädagogik geprägt haben. Die Wohngruppe rose erhoffte sich durch eine Teilnahme am Modellversuch Traumapädagogik mehr Sicherheit im Umgang mit Mädchen mit belasteten Lebenserfahrungen, die oftmals direkt aus psychiatrischen Einrichtungen zugewiesen werden. Weiter setzte sich die rose zum Ziel, die bereits vorliegenden Konzepte zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiterinnen weiter zu entwickeln. Zwei Leitungskräfte und fünf pädagogische Fachkräfte auf Teamebene starteten mit den Schulungen in Traumapädagogik.
5. Das *Schulheim Sommerau* in Rümligen (BL) bietet 39 Kindern auf verschiedenen Wohngruppen die Möglichkeit von interner Beschulung (bis zur 6. Klasse) und anschliessend einen stationären Aufenthalt mit externer Beschulung. In den Jahren vor der Teilnahme wurde ein interner Fachdienst aufgebaut, welcher die Pädagogik durch ein breites Spektrum an psychologischen und therapeutischen Interventionen ergänzt. Das Schulheim Sommerau wünschte sich durch die Teilnahme eine Erweiterung der Kompetenzen im Umgang mit hochbelasteten Kindern und eine fortlaufende Überprüfung der bisherigen pädagogischen Interventionen. Die teilnehmende Wohngruppe solle als Multiplikator in der Gesamteinrichtung auch Erkenntnisse aus der Teilnahme weitertragen. Die teilnehmende Wohngruppe (Turboschnecken) betreut 7-12jährige Kinder (koedukativ), die zu 100% zivilrechtlich platziert sind, auf acht Plätzen. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt drei bis vier Jahre. Drei Leitungskräfte und fünf pädagogische Fachkräfte auf Teamebene starteten mit den Schulungen in Traumapädagogik.

Die Spiegeleinrichtungen wurden den Modelleinrichtungen entsprechend den Gemeinsamkeiten bezüglich Klientel und Konzepten folgendermassen zugeordnet:

Jugendstation Alltag, Trimmis (GR)	Stiftung Juvenat, Flüeli-Ranft (OW)
Bürgerliches Waisenhaus, Basel (BS)	Wohnheim Varnbuel, St. Gallen (SG) Jugendnetzwerk Horgen, Wohngruppe Binz (ZH)
Pestalozzi-Jugendstätte Burghof, Dielsdorf (ZH)	Landheim Brüttsellen, Bassersdorf (ZH) Gfellergut, Zürich (ZH)
Sozialpädagogische Wohngruppe rose, Heiden (AR)	Wohngruppen Sennwald (SG) Schlössli, Basel (BS)
Schulheim Sommerau, Rümligen (BL)	Schulheim Friedeck, Schaffhausen (SH) Kinder- und Jugendheim Maiezyt, Wabern (BE)

Abbildung: Geographische Verteilung der Modell- und Spiegeleinrichtungen



5.4 Treffen der Steuerungsgruppe

Zwischen den Schulungen fanden regelmässig kleine und grosse Steuerungsgruppentreffen statt. Die kleine Steuerungsgruppe bestand aus Vertretern der Modelleinrichtungen und Projektmitarbeitenden aus Basel, die grosse Steuerungsgruppe zusätzlich aus Verantwortlichen des Bundesamtes für Justiz sowie den diesem Modellversuch zugeordneten Mitgliedern des Fachausschusses (Frau Grob und Frau Hässig). Zudem waren auch Vertreter der Spiegeleinrichtungen vor Ort. Die Steuerungsgruppen boten viele Möglichkeiten, alle Anwesenden über den Gesamtverlauf zu informieren, diesen zu reflektieren und weitere Planungen vorzunehmen. Die kleinen Steuerungsgruppen fanden jeweils in einer der fünf Modelleinrichtungen statt und boten aufschlussreiche Einblicke in die jeweiligen Alltagsabläufe, Räumlichkeiten und Umgebungen. In den kleinen Steuerungsgruppen wurden die Leitungs- und Teamschulungen vor- und nachbesprochen. Es fand ein intensiver Austausch über allfällige Probleme bei der konkreten Umsetzung von traumapädagogischen Konzepten statt und es wurden Veranstaltungen vorbereitet (z.B. Fachtag und Abschlusstag des Modellversuchs). Der Vorteil der kleinen Steuerungsgruppen bei der Überwindung von Hindernissen im Implementierungsprozess war, dass es dadurch möglich war von den Erfahrungen der anderen Modellinstitutionen zu profitieren, die in der Regel mit ähnlichen Problemen konfrontiert waren, so dass typische Gruppeneffekte genutzt werden konnten. Falls in der Diskussion im Rahmen der Steuerungsgruppe wichtige Themen diskutiert wurden und auch der Wunsch nach einer theoretischen Auffrischung oder Vertiefung bestand, wurde dieser aufgenommen und in den Refresherkursen umgesetzt.

5.5 Datenerhebungen

Für die Evaluation der Traumapädagogik wurden bei der Ethikkommission in Basel sowie bei den jeweiligen Ethikkommissionen in den Kantonen aller Modell- und Spiegeleinrichtungen Anträge gestellt, die dann ein positives Votum erhielten. Für die Kinder und Jugendlichen, ihre Eltern sowie die pädagogischen Fachkräfte wurden Informationsblätter zum Modellversuch und ein Formular für die informierte Einwilligung erstellt. Zudem fanden verschiedene Informationsveranstaltungen für die Kinder und Jugendlichen, für die Eltern sowie die pädagogischen Fachkräfte in den Einrichtungen statt. Die Daten wurden erst erhoben, nachdem diese informierte Einwilligung von der betreffenden Person (und bei minderjährigen Personen von den Erziehungsberechtigten) vorlag. Die Datenerhebungen waren sowohl für die pädagogischen Fachkräfte als auch für die Kinder und Jugendlichen aufwändig und erforderten ein hohes Engagement. Die Fragebögen für die Mitarbeitenden wurden in Papierform verschickt und mussten in einem bestimmten Zeitraum ausgefüllt werden. Zudem waren Hilfswissenschaftlerinnen für die Haarentnahmen vor Ort. Viele machten Gebrauch vom Angebot, individuelle Rückmeldungen zu den Fragebögen zu erhalten. Auf der Ebene der Kinder und Jugendlichen mussten die Fragebögen auf der EQUALS-Plattform sowohl von den Kindern und Jugendlichen selbst als auch von den Mitarbeitenden ausgefüllt werden (Fremdbeurteilung). Die EQUALS-Plattform ist ein bewährtes Instrument zur Erfassung der Belastungen (Vorgeschichte, aktuelle Belastungen) der Heranwachsenden sowie zur Erfassung von Massnahmenzielen. Das Instrument sieht eine kontinuierliche Überprüfung vor, um Veränderungen von Belastungen und Zielerreichung im Rahmen der Massnahmen zu erfassen. Die erhobenen Daten bieten zudem eine gute Grundlage für Fallbesprechungen und die pädagogische Förderplanung. Für die Haarentnahmen waren erneut Hilfswissenschaftlerinnen vor Ort. Einige Einrichtungen liessen sich bei der Datenerhebung durch die Hilfswissenschaftlerinnen unterstützen - diese beaufsichtigten die Kinder und Jugendlichen und standen für Rückfragen zu Verfügung. Während den Messzeitpunkten war der Austausch zwischen den teilnehmenden Einrichtungen und den Hilfswissenschaftlerinnen sehr gross, und es fanden regelmässig Rückmeldungen zum Datenstand statt. Einige Einrichtungen nahmen das Angebot der Fallbesprechungen der Prozessbegleiterinnen und EQUALS-Mitarbeitenden an. Bei diesen Fallbesprechungen wurden die Ergebnisse der Datenerhebungen der Kinder und Jugendlichen in Teamsitzungen vor Ort rückgemeldet und Möglichkeiten zur Interpretation aufgezeigt, welche wiederum in das pädagogische Handeln einfliessen konnten.

Mit den Spiegeleinrichtungen fanden zudem in der Hälfte des Projektes Interviews mit Projektmitarbeitenden statt. Dort wurde deutlich, dass bei allen Einrichtungen nach wie vor ein grosses Interesse an der Thematik bestand, dass die Umsetzung der Datenerhebungen im Alltag jedoch immer wieder Schwierigkeiten bereitete. Insbesondere der Einschluss von neu eintretenden Kindern und Jugendlichen, der nur dort gut funktionierte, wo dies Teil des Aufnahmeprinzips war. Allgemein fiel die Datenerhebung in Einrichtungen, in denen die Ergebnisse auch für den Alltag und die Pädagogik genutzt wurden, sehr viel leichter und war ergiebiger. Um die Spiegeleinrichtungen möglichst gut zu unterstützen, wurden in diesen Interviews nochmals verschiedene Hilfsangebote angesprochen, die teilweise dankbar angenommen wurden.

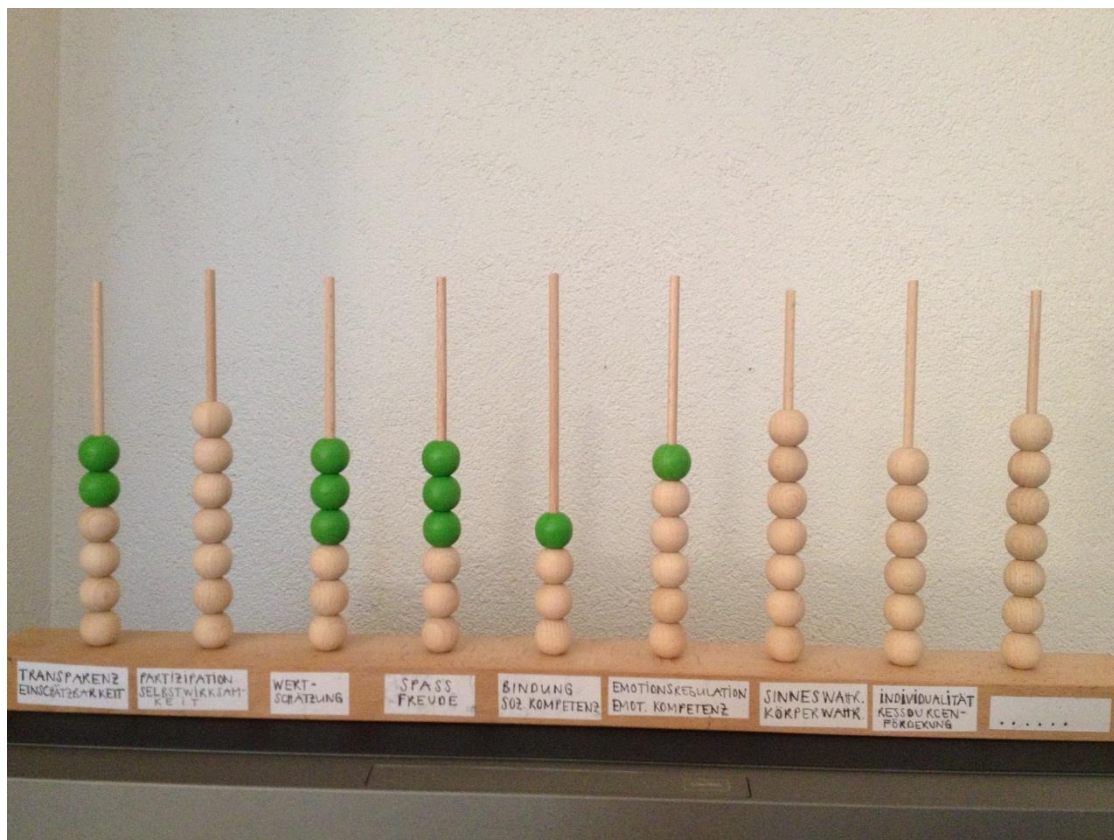
5.6 Prozessverlauf

Auch wenn die Prozesse der Umsetzung von Traumapädagogik in den fünf Modelleinrichtungen sehr unterschiedlich verlaufen sind, gab es doch verschiedene Themen, die alle Einrichtungen gleichermaßen betrafen.

5.6.1 Verschiedene Phasen

Nach Beginn der Prozesse fand erstmal eine Bewusstmachung des bereits Vorhandenen statt: Was setzen wir bereits im pädagogischen Alltag um? Wie gehen wir mit den Herausforderungen um? Dies wurde anhand oftmals anhand einer Skulptur (siehe Abbildung „Skulptur zur Erfassung der traumapädagogischen Aspekte in den Einrichtungen“) erfasst: Wie transparent arbeiten wir? Wie partizipativ? Wie viel Spass und Freude haben wir im Alltag? Wie fördern wir die Bindungsfähigkeit? Wie fördern wir die Emotionsregulation, die Sinnes- und Körperwahrnehmung? Wie fördern wir die Ressourcen? Die Skulptur machte es mit den Perlen möglich, die Bestandsaufnahme zu quantifizieren und darüber in einen Austausch zu kommen. Zudem konnte mit andersfarbigen Perlen eine Zielvereinbarung vorgenommen und/oder Veränderungen über den Prozessverlauf sichtbar gemacht werden.

Abbildung: Skulptur zur Erfassung der traumapädagogischen Aspekte in den Einrichtungen



Nach dieser ersten Phase kam es in allen Einrichtungen zu einer Auseinandersetzungs- und Streitphase, analog dem Phasenmodell von Tuckman¹, wo auf die *Forming*-Phase eine *Storming*-Phase folgt. In dieser *Storming*-Phase wurde vieles, was sich in den Einrichtungen bisher gut etabliert hatte, hinterfragt und teilweise abgeschafft. Zudem kamen in dieser Phase in den meisten Einrichtungen Konflikte auf den Tisch, die vorher eher unter der Oberfläche gebrodelt hatten. Dies hatte zur Folge, dass an den Klausurtagen manchmal den Konflikten oder Befindlichkeiten mehr Raum gegeben wurde als der konkreten Umsetzung von traumapädagogischen Interventionen. In einer Regelungs- und Übereinkommensphase (*Norming*) kam es zu viel Klärung, wohin die Prozessteams wollten. Es wurde vieles an Strukturen beibehalten und vieles neu implementiert. Die *Performing*-Phase, die Verselbständigung und Verstetigung dieser Prozesse ermöglichte zum Projektende hin ein Ernten dessen, was alles im Projektverlauf investiert wurde.

Die Jugendstation Alltag hat diese Phasen folgendermassen dargestellt:

Abbildung: Verschiedene Phasen des Prozessverlaufs



¹ Tuckman, Bruce W. (1965): Developmental sequence in small groups, *Psychological Bulletin*, 63, S. 384-399. Tuckman, Bruce W. & Jensen, Mary Ann (1977): Stages of small-group development revisited, *Group Org. Studies* 2: S. 419-427



Die *Storming*-Phase hat allen Einrichtungen viel abverlangt. Dies schlägt sich auch in der Datenerhebung der Befindlichkeit der pädagogischen Mitarbeitenden nieder (siehe Kapitel Ergebnisse). Weiter machten die häufigen Fluktuationen auf Team- aber vor allem auf Leitungsebene allen Einrichtungen schwer zu schaffen. Die Leitungswechsel führten immer zu einer starken Verunsicherung und die Adaptation nahm selbstverständlich viel Raum ein. So führten diese Wechsel zu einer kontinuierlichen Neufindung im Prozessteam und somit im Prozessverlauf, was lineare Prozesse verunmöglichte.

5.6.2 Flächung, Tiefung und Verstetigung

Eine weitere Thematik, die bei allen grösseren Einrichtungen zur Sprache kam, war die Frage nach der Flächung versus Tiefung (Büchi & Prinz, 2014). Während die Flächung eine möglichst grosse Verbreitung der Traumapädagogik in der Gesamteinrichtung und nicht nur in der teilnehmenden Wohngruppe vorsah, bedeutete die Tiefung, dass die teilnehmenden Wohngruppen ihre Energien für die Umsetzung auf ihrer Wohngruppe einsetzten. Alle Einrichtungen entschieden sich dafür, beide Aspekte mit unterschiedlicher Gewichtung umzusetzen. Die Flächung reichte von Referaten und Informationen über die Teilnahme am Modellversuch Traumapädagogik bis hin zur Inklusion von traumapädagogischen Aspekten in einem Organisationsentwicklungsprozess. So entwickelte sich auch in der Gesamteinrichtung eine gemeinsame traumapädagogische Sprache.

Abbildung: Aspekte der Qualitätsentwicklung im traumapädagogischen Prozess

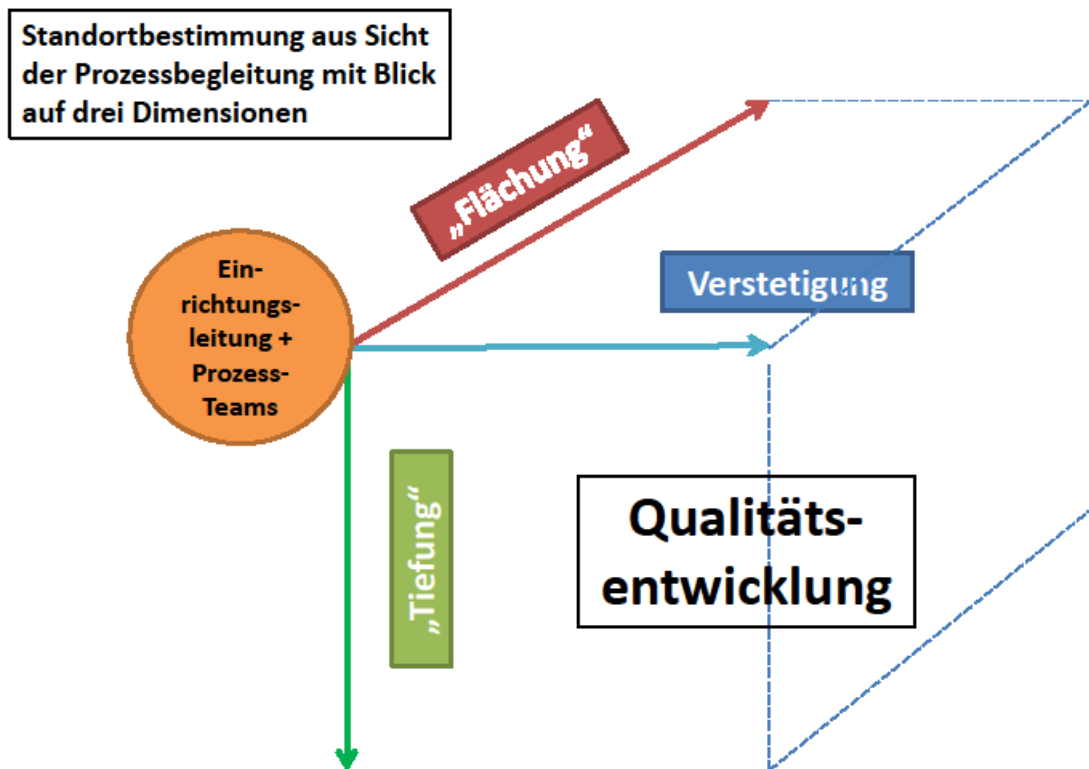


Abbildung: Aspekte der Qualitätsentwicklung im traumapädagogischen Prozess

Dreidimensionales Beschreibungsmodell für Organisationsentwicklung

Der Stand und die Qualität einer inhaltlichen Organisationsentwicklung lassen sich auf drei Dimensionen abbilden:

Der Grad der „Tiefung“ beschreibt, inwieweit ein Individuum oder eine Gruppe von Menschen (in diesem Falle das Prozessteam aus Leitungspersonen und Gruppen-PädagogInnen) eine Haltung verinnerlicht, Inhalte miteinander verbunden hat, den neuen Ansatz in Selbstbild und berufliche Identität integriert hat, und in welchem Masse entsprechende Betrachtungsweisen und Methoden zum selbstverständlichen Repertoire gehören.

Der Grad der „Flächung“ sagt etwas darüber aus, in welchem Masse sich die Haltungen, Inhalte und Methoden über das Prozessteam hinaus verbreiten, inwieweit eine grössere Gruppe, ein Team oder gar die ganze Einrichtung diesbezügliches Wissen erlangen, gemeinsame Haltungsarbeit leisten und von den Gedanken ‚ergriffen‘ werden.

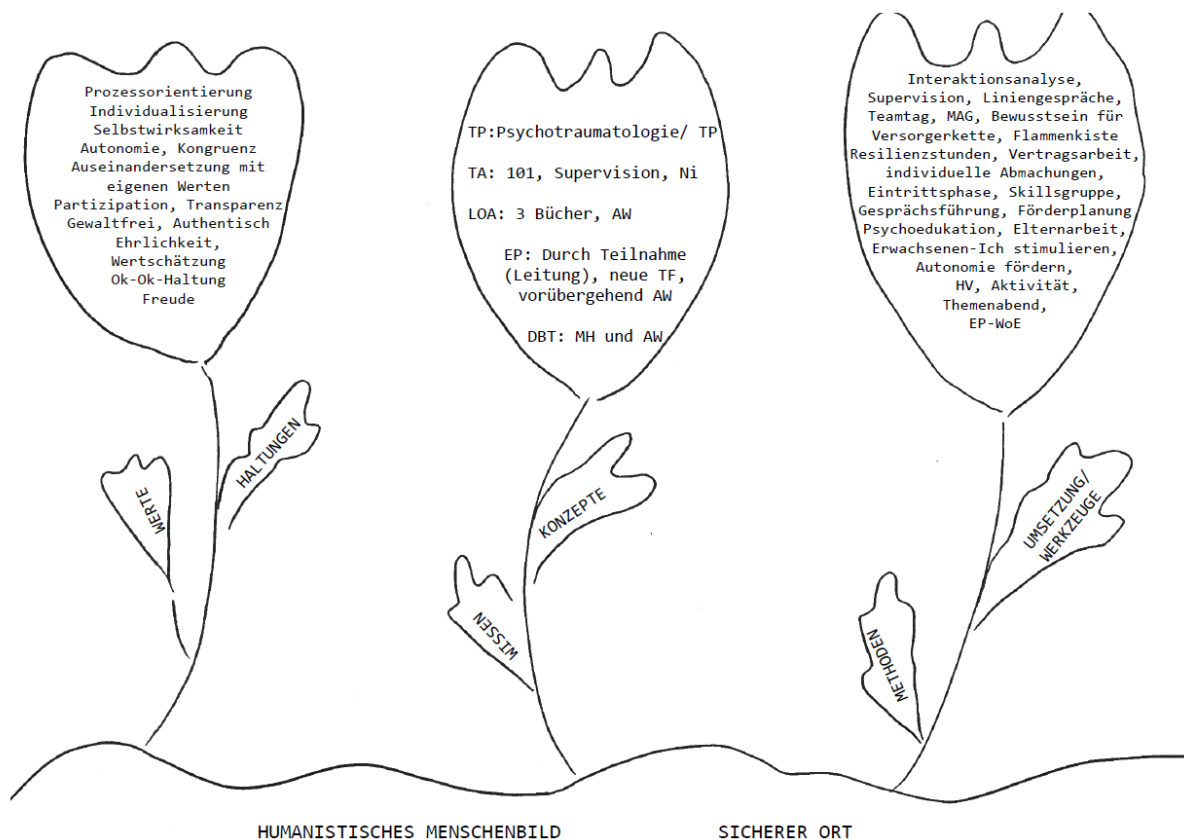
Mit „Verstetigung“ ist gemeint, inwieweit der Prozess der Organisationsentwicklung auf Langlebigkeit und Nachhaltigkeit angelegt ist, welche Massnahmen der Festschreibung und Verbindlichkeit getroffen werden und welche zeitlichen/personellen/finanziellen Ressourcen auch zukünftig zur Verfügung gestellt werden sollen, um Bestand und Weiterentwicklung sicherzustellen.

Die Verstetigung gestaltete sich in allen Einrichtungen wegen der häufigen Leitungswechsel sehr schwierig. Dies insbesondere deshalb, weil eine Verstetigung der Traumapädagogik nicht durch eine bloße Dokumentation sondern durch die aktive Umsetzung und das „Leben“ von traumapädagogischen Haltungen im Alltag zustande kommt.

Bei Projektende hatten alle fünf Modelleinrichtungen Ideen und bereits auch Pläne für die weitere Verstetigung. Bei Einrichtungen, die sehr viel auf Flächung setzten, wurde Traumapädagogik in den gesamten Organisationsentwicklungsprozess miteinbezogen und auch anderen Mitarbeitenden ermöglicht, am Zertifizierungskurs Traumapädagogik teilzunehmen oder es wurden Inhouse-Seminare zum Thema Traumapädagogik organisiert. Ausserdem wurden und werden weiterhin Schlüsselprozesse aller Institutionen aus traumapädagogischer Perspektive analysiert und gegebenenfalls optimiert. Es entstand zudem die Idee, spezialisierte traumapädagogische Wohngruppen mit entsprechenden Ressourcen aufzubauen und diese Ideen mit den kantonalen Entscheidungsträgern zu diskutieren.

In der Wohngruppe rose wurden die verschiedenen Grundpfeiler der pädagogischen Arbeit zur Verstetigung dokumentiert und festgehalten. Diese Darstellung (siehe Abbildung „Dokumentation von bestehenden traumapädagogischen Elementen“) war das Ergebnis eines Austausches am Klausurtag. Die Pfeiler umfassen Werte/Grundhaltungen, Wissen/Konzepte, welche die pädagogische Arbeit beeinflussen, sowie konkrete Werkzeuge.

Abbildung: Dokumentation von bestehenden traumapädagogischen Elementen als Basis für die Verstetigung



5.6.3 Konkrete Umsetzungen in den Modelleinrichtungen

In allen Modelleinrichtungen wurde die Interaktionsanalyse, die im Rahmen der Traumapädagogik-Schulungen auf Leitungs- und Versorgungsebene präsentiert wurde, durchgeführt. Anhand von Fragebögen wurden alle Leitungs- und Gruppenkräfte nach Ablauf der Teamschulungen dazu befragt. Die Interaktionsanalyse wird durch eine/n Vertreter/-in der Leitungsebene geleitet und pädagogische Fachkräfte konnten und können weiterhin eine für sie herausfordernde, irritierende oder belastende Interaktion mit einem Klienten einbringen, (mit den zu betreuenden Kindern und Jugendlichen oder mit Eltern, anderen Teammitarbeitenden). Diese Interaktion wird dann auf Übertragungs- und Gegenübertragungsmuster, zentrale Beziehungsbedürfnisse und den „Guten Grund“ für das Verhalten analysiert. Ziel ist es die Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden in ähnlichen Interaktionen zu stärken. Es werden Handlungsmöglichkeiten aufgefächert und die Versorgung der Mitarbeitenden steht im Zentrum (für weitere Informationen zur Interaktionsanalyse siehe Schmid & Lang, 2015, Leitfaden zum Ablauf der Interaktionsanalyse siehe www.traumapädagogik.ch). Im Grossen und Ganzen wurde die Interaktionsanalyse von den Anwendern als sehr hilfreich erlebt.

Die pädagogischen Fachkräfte schätzten es, anhand der Interaktionsanalyse einen Perspektivenwechsel durchführen zu können, den eigenen Gefühlen, Übertragungs- und Gegenübertragungspänomenen auf die Spur zu kommen. Die grosse Differenzierung (Fokus auf verschiedene Aspekte der Interaktion) sei eine gute Wahrnehmungsschulung für wertfreies Beobachten gewesen. Auch der immer wiederkehrende Fokus auf Beziehung sowie Bedürfnisse hätte es ermöglicht, im Team konkrete Lösungsansätze zu erarbeiten und so die pädagogischen Handlungsmöglichkeiten wieder aufzufächern. Schwierigkeiten in der Umsetzung der Interaktionsanalyse habe insbesondere der Fokus auf eine Interaktion (und nicht die Gesamtsituation) bereitet, zudem sei der Fokus auf eigene Gefühle und eigenes Erleben nicht für alle Mitarbeitende möglich gewesen. Weiter sei es nicht ganz leicht, im Alltag Zeit zu finden, anhand einer Interaktion in die Tiefe zu gehen und davon Beschlüsse abzuleiten, die dann im Alltag auch tatsächlich umgesetzt würden. Die allzu strenge Orientierung am Leitfaden habe ausserdem zu Ermüdungserscheinungen in den Teams geführt, oft wurden mit wachsender Erfahrung nur noch Teile davon verwendet.

Es wurden deshalb einige Empfehlungen für die Umsetzung der Interaktionsanalyse festgehalten:

- Die Interaktionsanalyse kann in bestehenden Gefässen (z.B. Fallbesprechungen) durchgeführt werden. Von Vorteil sind jedoch zusätzliche zeitliche Ressourcen, um in die Tiefe gehen zu können.
- Die Interaktionsanalyse sollte deshalb an institutionsinterne Abläufe und Möglichkeit angepasst werden. Die Umsetzung (Handhabung des Leitfadens) sollte möglichst individuell erfolgen, damit das Team die Analyse auch als hilfreich erlebt.
- Bei der Durchführung sollte darauf geachtet werden, dass am Ende tatsächlich auch neue Handlungsmöglichkeiten besprochen werden, die dann im Alltag umgesetzt werden können. Zudem sollte eine Nachbesprechung erfolgen, ob dies gelungen ist.

Weiter wurde auch in allen Einrichtungen eine Förderung der psychischen Widerstandsfähigkeit (Resilienzförderung) umgesetzt. Dies auf der Ebene der Mitarbeitenden, aber auch auf Ebene der Heranwachsenden in Form von Resilienzstunden oder -tagen. Mögliche Inhalte der Resilienzförde-

rung mit den Heranwachsenden waren Biographiearbeit, Rituale, Ängste überwinden, Zimmer umgestalten, Emotionen erkennen, Entspannungsübungen etc. Von den Mitarbeitenden wurden dabei besonders die gemeinsame Zeit ausserhalb der Einrichtung oder des pädagogischen Alltags sowie die bewusste und gezielte Förderung als hilfreich erlebt. Dabei ist es einigen sogar gelungen, die Kinder und Jugendlichen aktiv in den Prozess der Vorbereitung der Resilienzstunden miteinzubeziehen - das bedeutet, dass die Heranwachsenden über ihre eigene Resilienzfähigkeit reflektierten und weitere, zu fördernde Faktoren auswählten. Um den Weg zu dieser Internalisierung und der bewussten Verantwortungsübernahme für die eigene Resilienzfähigkeit aufzuzeigen, wurde in einer Einrichtung das folgende Phasenmodell entwickelt (siehe Abbildung „Prozessphasen hin zur Internalisierung der Resilienzförderung“). Während viele in der Resilienzförderung mit den Heranwachsenden vor allem im Bereich der Einführung waren, wo es in erster Linie um die Verbindlichkeit, die gemeinsame Zeit, Spass und Freude ging, wagten sich einige in die Übergangsphase vor. Dort wurden die Heranwachsenden psychoedukativ in das Konzept der Resilienz eingeführt und ihr Bewusstsein dafür geschärft. Der Prozess hin zur Internalisierung wurde von den pädagogischen Fachkräften als sehr herausfordernd erlebt, da dies auch eine eigene Sicherheit bezüglich des Konzeptes der Resilienz bedingte.

Abbildung: Prozessphasen hin zur Internalisierung der Resilienzförderung

Einführungsphase: Verbindlichkeit, Spas&Freude, gemeinsame Zeit	Übergangsphase: Einführung des Absichtsvollen, Resilienzfaktor wird von pädagogischen Mitarbeitenden ausgewählt	Internalisierung: Resilienzfaktor wird von Kindern/Jugendlichen ausgewählt
---	--	---

Auf der Ebene der Mitarbeitenden wurden oftmals bestehende Gefässe genutzt, um die Resilienz im Team zu fördern (z.B. Teamtage, gemeinsamer Brunch, Feiern).

Bei der Umsetzung der Resilienzförderung zeigten sich vor allem zwei Schwierigkeiten: Zum einen das Absichtsvolle der Förderung in den Vordergrund zu stellen (bis hin zur Internalisierung wie es oben beschrieben wird), zum andern aber auch die zeitlichen Ressourcen. Natürlich ist eine hohe Frequenz förderlicherer, entscheidend ist aber vor allem die Konsequenz und Sicherheit mit der diese Resilienzstunden stattfinden. Für ein traumatisiertes Kind ist es besser, eine Stunde findet zuverlässig angekündigt einmal im Monat statt, als dass diese wöchentlich angekündigt wird und dann sehr oft ausfällt. Letzteres führte oftmals dazu, dass die Resilienzstunden eher selten stattfanden (einmal im Monat) oder leider ganz wieder aus dem Alltag verschwanden.

Alle Modelleinrichtungen berichteten über eine gemeinsame Haltung und Sprache, die sich entwickelt hat. Dies nicht nur in den einzelnen Wohngruppen, sondern auch in der Gesamteinrichtung. So werden auch die Lehrmeister und Lehrer, aber auch beispielsweise die Mitarbeitenden in der Küche

in den Prozess miteinbezogen. Eine Einrichtung berichtet, dass ihre Küchenchefin einen Zettel „der gute Grund“ an ihren Computer geklebt hat, der sie stets daran erinnert, bei ihren Mitarbeitenden als erstes den guten Grund für ein Verhalten zu suchen.

Auch die Umbauten oder die räumlichen Umgestaltungen, die in den Modelleinrichtungen vorgenommen wurden, seien sehr stark von der Traumapädagogik beeinflusst worden. So haben einige Modelleinrichtungen in ihren Räumen mehr Licht und sichere Orte geschaffen.

Durch die Teilnahme am Modellversuch sei ein Teamprozess ins Rollen gekommen, welcher zu mehr Tragfähigkeit im Team geführt habe. So reagiere man untereinander mit mehr Verständnis und Toleranz und das Gemeinschaftsgefühl sei stärker geworden. Dies hat sicher auch damit zu tun, dass die Traumapädagogik viele persönliche Prozesse angestossen hat, wie den Umgang mit den eigenen Emotionen, Gegenübertragungsphänomenen oder Selbstfürsorge.

Sehr stark sei auch die Veränderung hin zu einer Individualisierung im Alltag. Die pädagogischen Konzepte würden so verändert, dass individuelle Absprachen möglich werden und dies würde im pädagogischen Alltag zunehmend auch so gelebt. Der Weg hin zu dieser Individualisierung und die Ausprägung der Individualisierung war in allen Modelleinrichtungen sehr unterschiedlich. Eine Einrichtung erzählte, dass der Weg dorthin nur über die gemeinsame Biographiearbeit mit den Heranwachsenden möglich geworden sei. So hätten diese nämlich ein gutes Verständnis dafür entwickelt, dass je nach Hintergrund und Biographie andere Absprachen gemacht werden.

Hinsichtlich traumapädagogischer Methoden berichtete eine Einrichtung eindrücklich, wie sie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen regelmässig die Ampelrunde nach Jacob Bausum durchführt. Dies ist eine gruppenpädagogische Methode, mit welcher Heranwachsende lernen können, ihr eigenes Verhalten zu reflektieren und einzuordnen, über ihr eigenes Verhalten zu sprechen, Kritik und Lob annehmen zu können, anderen zuzuhören und andere ausreden zu lassen. Die Heranwachsenden reflektieren ihr Verhalten anhand von drei Farben: Grün bedeutet, das ist mir gut gelungen, orange, hier muss ich aufpassen, das kann ich besser und rot, das war nicht in Ordnung, hier habe ich gegen eine Regel verstossen. Die Einrichtungen berichtet, dass die Jugendlichen dadurch sehr viel gelernt hätten und eine Feedbackkultur entstanden sei. Dadurch hätten die pädagogischen Fachkräfte viel weniger regulierende Aufgaben, was der Beziehung zu den Jugendlichen insgesamt sehr gut getan habe. Eine andere Einrichtung schaffte im traumapädagogischen Prozess ihren Stufenplan ab, der erwünschtes Verhalten an Belohnungen koppelte und führte an seiner Stelle einen Entwicklungsbogen ein. Dieses Instrument hat die Entwicklung und Verantwortungsübernahme der Heranwachsenden zum Ziel und ist weniger ein Kontrollinstrument, der gutes Funktionieren in der Einrichtung gewährleisten soll.

Dies sind nur einige wenige Beispiele von Umsetzungen im pädagogischen Alltag, die allesamt zum Ziel haben, die Heranwachsenden über eine Internalisierung und weniger über Sanktionierung dahingehend zu fördern, dass sie auch nach ihrer Zeit in der Einrichtung einen Umgang mit eigenen Emotionen und Krisen haben und sie zur sozialen Teilhabe befähigt.

5.7 Besondere Vorkommnisse in den Modell- und Spiegeleinrichtungen

Sowohl in den Modell- als auch Spiegeleinrichtungen wurden besondere Vorkommnisse jährlich mit Fragebögen ausserhalb der Teilnahme am Modellversuch Traumapädagogik erfasst. Es wird sehr deutlich, dass in den Spiegeleinrichtungen über die Laufzeit des Modellversuchs Traumapädagogik

sehr viele Veränderungen stattgefunden haben. Auch bei den Spiegelinstitutionen gab es räumliche und konzeptionelle Veränderungen, die diese näher an traumapädagogische Konzepte heranführten. In den meisten Spiegeleinrichtungen fanden jährlich intensive institutionsinterne Weiterbildungen statt und einzelne Mitarbeiter bildeten sich sehr umfassend weiter (systemische Beratung, CAS, Gruppelleiterkurse etc.). Auch in den Modellinstitutionen gab es vereinzelt noch Mitarbeitende, die andere Weiterbildungen absolvierten, was aber häufig allein wegen der zeitlichen Belastung durch den Modellversuch kaum möglich war, zumal die Institutionen natürlich ihre Weiterbildungstage und Budgets zwangsläufig für den Modellversuch aufwenden mussten. Bei den Modelleinrichtungen fällt auf, dass es trotz der sorgsam Abklärung im Vorfeld aus gut nachvollziehbaren persönlichen und institutionellen Gründen extrem viel mehr Personalwechsel auf der Leitungsebene gegeben hat. Von den fünfzehn Teilnehmenden der Leitungsschulungen verblieben nur sieben auf ihrer Position, was natürlich auch für die Umsetzung der traumapädagogischen Prozesse und die nachhaltige Etablierung der Versorger- und Leitungsebene sehr gravierende Auswirkungen hatte. Es wurde ein sehr hoher Aufwand betrieben, neue Leitungskräfte in die Traumapädagogik einzuführen und auf den aktuellen Stand zu bringen, aber eine derart grosse Fluktuation war nicht vorherzusehen und kaum zu kompensieren. Die Ergebnisse des Modellversuches könnten dazu führen, dass die Entwicklung, die Institutionen in traumapädagogischen Prozessen unter optimalen Bedingungen nehmen können, tendenziell noch eher unterschätzt werden, da die Institutionen im Rahmen des Modellversuchs mit überdurchschnittlich vielen Leitungswechsel konfrontiert wurden. Andererseits zeigen die Ergebnisse auch, wie robust traumapädagogische Konzepte sind, da sie sich trotz der personellen Diskontinuität noch wirkungsvoll umzusetzen liessen. Vermutlich werden alle Institutionen, die traumapädagogische Konzepte einführen, mit Wechseln innerhalb der unterschiedlichen Teams konfrontiert werden, so dass es letztlich ein ermutigender Befund ist, dass diese verkraftet und kompensiert werden können. Es wäre letztlich auch interessant zu analysieren, in wie fern die persönlichen Prozesse im Rahmen der Traumapädagogik auch das Bedürfnis nach beruflichen Veränderungen angestossen haben.

5.8 Weiterbildungen in den Spiegeleinrichtungen

Um die Spiegeleinrichtungen zumindest rudimentär für den erheblichen Aufwand, den sie geleistet haben, zu entschädigen, wurde bei ihnen Inhouse eine Weiterbildung in Traumapädagogik angeboten. In fast allen Spiegeleinrichtungen wurden deshalb von den Prozessbegleiterinnen zum Projekteende hin zweitägige Weiterbildungsveranstaltungen durchgeführt. Eine Einrichtung verzichtete aufgrund knapper zeitlicher Ressourcen auf dieses Angebot. An diesen Veranstaltungen wurden, den Wünschen der jeweiligen Einrichtung entsprechend, die Grundlagen der Traumapädagogik, die Erfahrungen aus der Begleitung der Modelleinrichtungen sowie Ergebnisse aus den Datenerhebungen vermittelt.

5.9 Fachtag und Abschlusstag Traumapädagogik

Am 15. September 2015 fand der erste Fachtag des Modellversuchs Traumapädagogik in Basel statt. Hierfür wurden verschiedene Referentinnen und Referenten eingeladen, welche die Traumapädagogik in den unterschiedlichen Anwendungsfeldern vertieften. Herr Prof. Jörg M. Fegert referierte zu Missbrauch in Institutionen und stellte Risiken und Schutzkonzepte vor. Frau Dr. Maria Teresa Diez Grieser bot spannende Einblicke in die Traumapädagogik im Frühbereich und Frau Claudia Schirmer

erzählte von ihren Erfahrungen als Einrichtungsleiterin einer traumapädagogischen Jugendhilfeeinrichtung. Nach der Mittagspause in den Räumlichkeiten des Bildungszentrums der Mission 21 in Basel stellten die Modelleinrichtungen ihre Auseinandersetzung mit Traumapädagogik vor: Die Jugendstation Alltag berichtete über die Eintrittsphase, die nach traumapädagogischen Gesichtspunkten gestaltet wurde. Das Bürgerliche Waisenhaus stellte ihre interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften vor unter dem Aspekt des sicheren Ortes vor. Der Burghof präsentierte die Auseinandersetzung mit Traumapädagogik bei strafrechtlich platzierten Heranwachsenden und beschrieb dabei, welche Unterschiede sich durch den strafrechtlichen Kontext und das im Vergleich zu den anderen Modellinstitutionen höhere Alter der Teilnehmenden ergeben. Die Wohngruppe rose berichtete über ihren traumapädagogischen Prozess und ihre Auseinandersetzung mit dem Thema der Individualisierung von Regeln. Das Schulheim Sommerau präsentierte die Erfahrungen mit gruppenpädagogischen Methoden aus der Traumapädagogik. Am Nachmittag referierte Herr Dr. Naser Morina zum Thema Trauma und Migration. Der überaus interessante und dichte Tag wurde mit einer Podiumsdiskussion abgerundet. Das Interesse der Öffentlichkeit an der Thematik war gross und leider musste die Teilnehmerzahl aufgrund der Räumlichkeiten begrenzt werden. Deshalb wurde für den Abschlusstag nach einer grösseren Räumlichkeit gesucht.

Als Abschluss des Gesamtprojekts fand der Abschlusstag am 10. Juni 2016 im Oekolampad in Basel statt. Hier wurden die ersten Erkenntnisse und Ergebnisse aus dem Modellversuch durch die Projektleitung präsentiert. Frau Prof. Silke Gahleitner gab einen Überblick über traumapädagogische Praxisforschung und bettete die Ergebnisse des Modellversuchs in bisherige Entwicklungen der Traumapädagogik ein. Weiter präsentierten die Modelleinrichtungen sehr schön, wie sie den Prozessverlauf erlebt hatten, was sich bei ihnen seit der Teilnahme im Modellversuch Traumapädagogik konkret verändert hat, was dabei die grössten Herausforderungen waren und wie es in Zukunft weitergehen wird. Der Nachmittag startete mit einem traumapädagogischen Parcours, bei dem viele Teilnehmende verschiedene Aspekte der Traumapädagogik darstellten, sichtbar und erlebbar machten. Herr Prof. Jörg M. Fegert erläuterte in seiner Präsentation die Konsequenzen des Modellversuchs und moderierte die überaus spannende Abschlussdiskussion dazu.

6 Evaluation

6.1 Fragestellungen

In dieser Evaluation des Modellversuchs Traumapädagogik wurde zum ersten Mal die Wirkung der Implementierung von traumapädagogischen Konzepten in sozialpädagogischen Institutionen in der Schweiz systematisch untersucht. Auch für den deutschsprachigen Raum und international ist diese Form der Evaluation wegweisend, da erstmals systematisch ein längerer traumapädagogischer Implementierungsprozess auf Ebene der Mitarbeitenden sowie der Kinder und Jugendlichen mit einem Multimethodenansatz in einem vergleichenden Studiendesign realisiert wurde. Die Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden hat zudem den Vorteil, dass sie einerseits die geistes- und sozialwissenschaftlichen und die naturwissenschaftliche Forschungstradition verbindet, was für eine hohe Akzeptanz der Forschung sowohl bei kinder- und jugendpsychiatrischen/psychotherapeutischen als auch im sozialpädagogischen Wissenschaftlern spricht.

Zwar liegen im deutschsprachigen Raum bereits Evaluationen von traumapädagogischen Prozessen mit einer Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden vor (Überblick bei Gahleitner,

Brandstetter & Schmid, 2014; Gahleitner & Schmid, 2017), der in dieser Studie gewählte methodische Ansatz zeichnet sich aber dadurch aus, dass ein naturalistisches Kontrollgruppendesign über vier Jahre umgesetzt wurde und neben qualitativen Interviews und psychometrischen Fragebögen auch neurobiologische Parameter in die Analysen auf Ebene der Fachkräfte sowie der Kinder und Jugendlichen miteinbezogen wurden.

Von besonderem Interesse für die quantitative traumapädagogische Forschung war die Möglichkeit, Effekte der traumapädagogischen Konzepte auf die Stressbelastung, die Symptome einer sekundären Traumafolgestörung, das Burnout-Risiko und die Arbeitszufriedenheit der sozialpädagogischen Fachkräfte zu beziehen. Die hier vorgestellte Untersuchung ist eine der ersten Studien, welche die Effekte von traumapädagogischen Konzepten sowohl auf die Kinder und Jugendlichen als auch auf die sozialpädagogischen Fachkräfte untersucht. Zentrale Zielvariablen auf der Ebene der durch sie betreuten Kinder und Jugendliche sind verschiedene Aspekte der psychischen Belastung, typische Symptome von Traumafolgestörungen, ausgesuchte Persönlichkeitsvariablen sowie die neurobiologische Stressbelastung der Kinder und Jugendlichen. Für eine möglichst breite Erfassung von Veränderungen wurden etablierte Fragebögen und qualitative Interviews eingesetzt sowie zudem neurobiologische Parameter erhoben. Folgende Fragestellungen standen dabei im Zentrum des Versuchs, wobei stets davon ausgegangen wurde, dass sich in den Wohngruppen, in welchen traumapädagogische Konzepte implementiert wurden, deutlichere Effekte zeigen, als in den Wohngruppen der Spiegelinstitutionen, die ihre Konzepte in diesen vier Jahre nicht systematisch veränderten und „herkömmliche Heimerziehung auf hohem Niveau“ praktizierten:

6.1.1 Mitarbeitererebene

1. Verändert sich die Anzahl körperlicher Angriffe auf Mitarbeitende durch betreute Kinder und Jugendliche mit der Einführung von Traumapädagogik?
2. Welchen Einfluss hat die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf die körperliche Stressreaktion?
3. Welchen Einfluss hat die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf das Burnout-Risiko bei den Mitarbeitenden?
4. Ändert sich der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit bei zunehmender/m Erfahrung/Implementierungsgrad mit/von traumapädagogischen Konzepten?
5. Wirkt sich die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf die Selbstwirksamkeit der Fachkräfte aus? Profitieren weniger berufserfahrene Fachkräfte in besonderer Art und Weise vom traumapädagogischen Qualifizierungskonzept?
6. Wirkt sich die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf die Selbstfürsorge der Mitarbeitenden aus?

6.1.2 Ebene der Kinder und Jugendlichen

1. Verändert sich mit der Implementierung von Traumapädagogik der Anteil irregulärer Austritte/Abbrüche aus sozialpädagogischen Einrichtungen?
2. Welchen Einfluss hat die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf Verhaltensauffälligkeit der Kinder und Jugendlichen in psychometrischen Testverfahren?
3. Reduziert Traumapädagogik die Bindungsprobleme von Kindern und Jugendlichen?
4. Hat Traumapädagogik einen Einfluss auf die psychopathischen Charakterzüge der Kinder und Jugendlichen?
5. Verändert sich die chronifizierte körperliche Stressreaktion der Kinder und Jugendlichen durch die Implementierung von Traumapädagogik?

6.2 Design und methodische Limitationen

Die Anforderungen an eine traumapädagogische Evaluation sind sehr hoch, da im Rahmen eines Modellversuchs einerseits verlangt wird, dass der Prozess der Implementierung im Rahmen der Evaluation abgebildet wird, um die effektive Verbreitung von potentiell innovativen pädagogischen Konzepten zu unterstützen. Andererseits kann der sehr personal- und kostenintensive Implementierungsprozess nur bei einer begrenzten Zahl von Institutionen zur gleichen Zeit durchgeführt werden. Ausserdem hat das Bundesamt für Justiz verständlicherweise ein Interesse daran, dass diese Prozesse in Einrichtungen mit unterschiedlicher Klientel durchgeführt werden, um mit dem aufwendigen Modellversuch möglichst das ganze Feld der Heimerziehung zu erreichen.

Im Rahmen der Evaluation der Implementierung von traumapädagogischen Konzepten ergeben sich daraus mehrere zentrale Probleme, die nicht vollständig aufgelöst werden, sich aber zwangsläufig auf das Studiendesign und die Aussagekraft der Ergebnisse auswirken müssen. Die zentrale Frage, die sich stellte ist, ob es sich eher um eine prozess- oder outcome-orientierte Forschung handelt oder um einen Kompromiss von beiden. Eine prozessorientierte Forschung setzt auf eine genaue und sehr intensive Beobachtung der Entwicklung in den einzelnen Institutionen ab Beginn des Modellversuchs und hat Interesse daran, eine gewisse Varianz in einer überschaubaren Menge von Institutionen zu haben, um unterschiedliche Prozesse möglichst detailliert mit qualitativen Methoden beschreiben zu können.

Eine reine Evaluation der Wirksamkeit wünscht sich eine möglichst grosse homogene Stichprobe mit einer klar umrissenen Problemlage, die von der Intervention bei allen in ähnlicher Art und Weise adressiert werden kann, als Zielvariable. Es ist sinnvoll, möglichst wenige, aber eindeutig definierte und veränderungssensitive Zielvariable zu haben, die man ökonomisch mit quantitativen Methoden erfassen kann. Das Zeitintervall zwischen den Evaluationen sollte so gewählt werden, dass die maximale Wirkung erzielt werden kann, d.h. das Zeitintervall sollte möglichst gross sein und dennoch sollte die Messung sollte zu dem Zeitpunkt einsetzen, wenn die Intervention am Wirkungsvollsten ist.

Die Begleitforschung zu diesem Modellversuch strebte mit einem Multimethoden-Studiendesign eine Integration von qualitativen und quantitativen Methoden an, auch im Bewusstsein, dabei Kompromisse machen und methodische Limitationen hinnehmen zu müssen. Es wurde viel Wert auf ein naturalistisches Kontrollgruppendesign gelegt und viel investiert, um die Kontrollgruppen für eine kontinuierliche Teilnahme gewinnen zu können.

1. Welche Kontrollgruppe ziehe ich heran?
2. Welche Stichprobengrösse strebe ich an - welche ist angesichts des aufwendigen Implementierungsprozesses realistisch?
3. Was messe ich - welche Outcomemasse wähle ich in heterogenen Stichproben?
4. Welche Fragebögen verwende ich, um ökonomisch mit ausreichend guten Testgütekriterien zu messen?
5. Wann beginne ich, Veränderungen zu messen?
6. Wie gehe ich mit Drop-Out um - wie motiviere ich die Probanden und ihre Bezugspersonen?

1. Welche Kontrollgruppe ziehe ich heran?

Der Goldstandard in der Evaluationsforschung sind randomisierte und kontrollierte Studie, welche in einem Heimsetting kaum zu realisieren sind, da die Zuweisungen in unterschiedliche Heime nur sehr schwer zufällig erfolgen können und aus ethischen Gründen, falls indiziert, auch zwingend schnell und passgenau erfolgen müssen. Es ist aber möglich, die Arbeit mit verschiedenen Heimen zu vergleichen, in der Erwartung, dass die Zuweisungsprozesse nicht systematisch verzerrt werden. Deshalb wurde ein solches naturalistisches Kontrollgruppendesign realisiert, mit dem Ziel, in der Kontrollgruppe möglichst Einrichtungen zu wählen, die den Modellinstitutionen bezüglich der zugewiesenen Klientel, der praktizierten Konzepte und Strukturen entsprachen. Sie sollten ganz normal weiterarbeiten, um den Effekt der Traumapädagogik in den Modellinstitutionen mit dem der ähnlich arbeitenden Spiegelinstitutionen vergleichen zu können.

Im Bereich der Heimerziehung gibt es kaum standardisierte Untersuchungen mit Kontrollgruppen, weil es oft schwierig ist, die Konzepte im pädagogischen Alltag eindeutig zu beschreiben. Andererseits ist es auch sehr aufwendig, im oft anstrengenden und alle Ressourcen bindenden sozialpädagogischen Alltag kontinuierlich Erhebungen durchzuführen. Durch die langen Zeiträume und die kleinen Gruppen sind die Beobachtungsintervalle der einzelnen Probanden oft unterschiedlich lang und der Belastungsgrad unterschiedlich hoch, da einige bereits schon vor Beginn der Untersuchung immens von mehreren Jahren Heimerziehung profitiert haben und nur wenig Monate resp. ein kleiner Anteil von ihrer Gesamtzeit im Hilfesystem im Modellversuch abgebildet werden konnte.

Im Auswahlprozess der Modell- und Spiegelinstitutionen ging es erstens darum, Institutionen zu finden, die den Modellinstitutionen sehr ähnlich waren und zweitens darum, sie für eine Teilnahme zu motivieren und das Absolvieren von sehr aufwendigen jährlichen Erhebungen zu vermitteln. Der hohe Aufwand und die Ähnlichkeit zu den Spiegelinstitutionen führten natürlich dazu, dass sich in der Kontrollgruppe ebenfalls nur sehr tragfähige Institutionen befanden, die sich für traumapädagogische Konzepte interessieren und sich vermutlich bezüglich Engagement und Offenheit für neue pädagogische Konzepte sehr deutlich vom Durchschnitt der Heime abheben. In der Regel sind die Einrichtungen, auch was die Organisationsstruktur angeht, zumindest beim Projektstart sehr stabil, da es sonst wenig Sinn macht, sich freiwillig zu einem solch grossen zusätzlichen Mehraufwand zu verpflichten. Die Möglichkeiten, den Mitarbeitenden aus den Spiegelinstitutionen eine Kompensation für die von ihnen geleistete Arbeit anzubieten, waren sehr beschränkt. Jede/r Mitarbeitende bekam individuell einen kleinen Gutschein und den Spiegelinstitutionen wurden traumapädagogische Wei-

terbildungstage angeboten. Die Spiegelinstitutionen mussten die Fähigkeit zu einem sehr langen Belohnungsaufschub haben, da die Weiterbildungen, welche ihnen als Aufwandsentschädigung versprochen wurden, erst vier Jahre nach Start der Projekte in den Spiegelinstitutionen durchgeführt werden konnten, da sämtliche Untersuchungen bereits abgeschlossen sein mussten. Realistischerweise muss man auch festhalten, dass sich die Institutionen nicht wegen der Weiterbildungen mit einem Gegenwert, den die Heime leicht mit anderen Referenten auch aus ihrem Budget bestreiten könnten, zu einem solchen Aufwand verpflichteten sondern das der Sache zuliebe taten, weshalb ihnen dafür grosser Dank gebührt.

Die ausgesprochen leistungsfähige Kontrollgruppe ist somit ein Faktor, der bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollte. Vermutlich unterschätzen Ergebnisse die Wirkung der Traumapädagogik im Vergleich zur herkömmlichen Heimerziehung tendenziell.

2. Welche Stichprobengrösse streben wir an? Welche ist realistisch?

Aus wissenschaftlicher Perspektive und für die Aussagekraft der quantitativen Ergebnisse ist natürlich immer eine möglichst grosse homogene Stichprobe wünschenswert. Homogen bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Probanden ein identisches Alter und möglichst identische, gut zu operationalisierende Problemlagen haben sollten.

Letztlich wurde die Zahl der Modellinstitutionen durch die maximale, sinnvolle Gruppengrösse bei den traumpädagogischen Weiterbildungen vorgegeben. Die Schulungen verfolgen ein Konzept, bei welchem der Erkenntnisgewinn nicht nur rein auf der theoretischen Wissens Ebene erfolgen soll, sondern die Teilnehmenden ihre eigene Arbeit und auch ihre persönliche Situation immer wieder selbst in Kleingruppen reflektieren sollen, um auch das für die Praxis so wichtige emotionale Lernen zu berücksichtigen. Ausserdem sollen immer wieder konkrete Interventionen eingeübt werden können, so dass eine maximale Teilnehmerzahl von 24 Fachkräften nicht überschritten werden sollte. Überlegungen, die Stichprobengrösse wesentlich zu erhöhen und einen zweiten Kurs parallel dazu aufzugleisen, wurden rasch fallengelassen, da dies die Kosten für den ganzen Modellversuch fast verdoppelt hätte und auch den Koordinationsaufwand zwischen den ReferentInnen und den Prozessbegleiterinnen noch einmal deutlich erhöht hätte.

3. Was messe ich - welche Outcomemasse wähle ich in heterogenen Stichproben?

Ein Problem im Bereich der Forschung an komplexen Traumafolgestörungen ist, dass die Traumafolgen sehr heterogen sind und die Betroffenen zu unterschiedlichen Zeitpunkten in ihrem Leben ganz unterschiedliche Symptome aufweisen können. Die meisten Betroffenen weisen sehr unterschiedliche Symptome in oft unterschiedlicher Kombination auf (Teicher & Samson, 2013, 2016; Schmid et al., 2010), so dass es nicht einfach ist, die Wirkung von Interventionen abzubilden, da diese bei jedem Probanden etwas anders aussehen und sich Symptome bei einem längeren Beobachtungszeitraum auch verlagern könnten. Bei der Forschung mit komplex traumatisierten Heranwachsenden kann es folglich sein, dass in der Stichprobe bei Testverfahren sehr unterschiedliche Ausgangslagen vorzufinden sind und sich ein Teil der Jugendlichen in manchen Symptombereichen sehr unauffällig beschreibt, ein anderer Teil aber hochbelastet ist. Dadurch fällt die Wirkung der gleichen Intervention über alle Probanden hinweg geringer aus, weil sich einige gar nicht verbessern können, da deren Probleme sich in ganz anderen Bereichen zeigen. Dies wird durch die Vorgaben des Modellversuchs sowohl männliche und weibliche Probanden und dazu noch in unterschiedlichem Alter einzuschlies-

sen noch verstärkt, da diese natürlich auf Traumabelastung mit ganz anderen Symptombildungen reagieren (vgl. Huber, 2003; Schmid et al., 2010; Schmid, 2008; Teicher & Samson, 2016). Hier wäre aus der Literatur und den Vorarbeiten aus der Deutschen und Schweizer Heimerziehung zu erwarten, dass zwar die meisten Jugendlichen sehr auffällig sind, bei Mädchen aber häufiger internalisierende und bei Jungen eher externalisierende Probleme überwiegen.

Letztlich gibt es einerseits die Möglichkeit ein aufwendiges Screening vorzunehmen und die zugrundeliegenden Symptome möglichst direkt und spezifisch zu erfassen oder Breitbandverfahren einzusetzen. Aufgrund des zu erwartenden Wechsels der Probanden in den Institutionen und der ökonomischeren Erhebungswege wurden im Modellversuch etablierte psychometrische Breitbandverfahren eingesetzt, auch weil es für den Altersbereich zum Start des Modellversuchs noch keine etablierten Testverfahren für komplexe Traumafolgestörungen gab.

4. Welche Fragebögen verwende ich, um ökonomisch, mit ausreichend guten Testgütekriterien zu messen?

Letztlich war seit Planung der Begleitforschung klar, dass die Möglichkeit, die Stichproben mit den Daten aus dem Modellversuch MAZ. zu vergleichen, immense Vorteile mit sich brachte, so dass sämtliche Breitbandverfahren aus dem Modellversuch übernommen wurden. Dies hatte zudem den zusätzlichen Vorteil, dass sämtliche Erhebungen mit dem EQUALS-Programm computergestützt erhoben werden konnten. Der Nutzen des EQUALS-Programms bestand darin, dass

- die Ergebnisse der einzelnen Testverfahren leicht zurückgemeldet werden konnten und auch unmittelbar für das Fallverständnis und Standortbestimmungen genutzt werden konnten.
- Verläufe der einzelnen Jugendlichen im Projekt analysiert werden konnten.
- die Datenerhebung einen höheren Aufforderungscharakter für die Jugendlichen besaß.
- sämtlichen Daten vollständig eingegeben werden mussten und es keine Missings durch halb ausgefüllte Fragebogen gab.
- keine Ressourcen für die sichere Weiterverarbeitung der Daten benötigt wurden.
- Jugendlichen, die den Fragebogen in wenigen Sekunden, ohne nachzudenken, nur runterkreuzten, ausgeschlossen werden konnten.
- den teilnehmenden Institutionen, falls sie dies wünschten, eine eigene Auswertung über ihre Institution zugestellt werden konnte.
- sämtliche standardisierte Testverfahren international etabliert und für den Altersbereich normiert sind und über gute bis sehr gute Testgütekriterien verfügen.

Um der spezifischen Traumasymptomatik noch zusätzlich Rechnung zu tragen, wurde zusätzlich in die bereits für den Modellversuch MAZ. zusammengestellte Testbatterie noch um weitere Testverfahren ergänzt. Zur Erfassung von Symptomen einer Bindungsstörung wurde die deutsche Version des Relationship Problems Questionnaires (RPQ) eingesetzt und in Ergänzung zum Essener Trauma Inventar (ETI) noch der Childhood Trauma Questionnaire aufgenommen, da dieser den Vorteil hat, auch Vernachlässigung und körperliche Misshandlung in der Kindheit sensibler, reliabler und valider

abbilden zu können. Beide neu hinzugenommenen Fragebögen sind ebenfalls international etabliert und verfügen trotz ihrer Ökonomie über ausreichend gute Validität und Reliabilität.

Letztlich wäre es sehr wünschenswert gewesen, die komplexe Traumasymptomatik noch besser erfassen zu können. Es gab hierfür aber noch keine etablierten Fragebögen und nur sehr aufwendige, strukturierte Interviews, die zudem nur im Erwachsenenalter normiert waren. Da diese Interviews einen neuen Erhebungsweg notwendig gemacht und eine zusätzliche Belastung für die Kinder und Jugendlichen dargestellt hätten und deren Aussagekraft wegen der mangelnden Normen für das Kindes- und Jugendalter fraglich gewesen wäre, wurde auch aus ethischen Gründen darauf verzichtet.

5. Wann beginne ich Veränderungen zu messen?

Das zentralste Problem in diesem Modellversuch lag aber wie oben beschrieben darin, dass einerseits der langjährige Implementierungsprozess und andererseits die Wirkung der traumapädagogische Intervention möglichst optimal abgebildet werden sollte. Für Modellversuche ist aber eine definierte Zeitgrenze von fünf Jahren vorgegeben, so dass es unvermeidbar war, methodische Kompromisse einzugehen. Bei allen Untersuchungen im Bereich der Heimerziehung besteht das Problem, dass die Hilfeverläufe oft auf mehrere Jahre ausgelegt, langfristig geplant sind und auf einer Wohngruppe in der Regel immer eine Mischung ist von Klienten, die relativ neu sind, solchen Klienten, die sich schon eine Zeitlang in der Massnahme befinden, von Wohngruppenerfahrenen und solchen, die bereits kurz vor dem Austritt stehen. Dieser Mix aus Neueintreten und Erfahreneren sowie Jugendlichen im Austrittsprozess, ist sowohl für das pädagogische Funktionieren einer Wohngruppe als auch für den wirtschaftlichen Betrieb einer Wohngruppe sinnvoll. Für die Begleitforschung wäre es natürlich wesentlich besser, alle Jugendlichen könnten zeitgleich aufgenommen werden und würden dieselbe „Dosis“ Traumapädagogik bekommen. Eigentlich wäre es optimal gewesen, zuerst den Implementierungsprozess mit der Evaluation zu begleiten, und dann, nachdem alle Institutionen den Implementierungsprozess als abgeschlossen betrachtet haben, die Wirksamkeitsstudie zu beginnen. Das Problem dabei ist aber, dass der Prozess nicht von heute auf morgen abgeschlossen ist und der Prozess der Implementierung natürlich auch die Ausgangslage beeinflusst. Das bedeutet, dass, auch wenn Traumapädagogik erst nach Abschluss des Implementierungsprozesses in „Reinform“ umgesetzt werden kann, davon auszugehen ist, dass die Einrichtung im Zeitintervall vor der Einführung bereits viele Elemente von traumapädagogische Konzepte und Haltungen eingeführt hat und praktiziert. Die Einführung der Konzepte wird aber die Belastung der dort platzierten Jugendlichen und der betreuenden Mitarbeitenden von Beginn an ganz erheblich beeinflussen und nicht erst zu Beginn der offiziellen Messung. Ausserdem ist kaum vorherzusehen, wann die Klienten austreten und neue eintreten, so dass es möglich wäre, dass viele Klienten den ganzen Implementierungsprozess durchlaufen und schon zwei Jahre sich entwickelnde traumapädagogische Konzepte erlebt haben, bis die Traumapädagogik offiziell startet, so dass bei diesen im Rahmen der offiziellen Messung dann kaum noch positive Effekte zu erwarten sind.

In Anbetracht der Länge des Implementierungsprozesses von drei Jahren und einer Gesamtprojektlaufzeit von fünf Jahren war es sowieso notwendig, schon während des Implementierungsprozesses mit der Erhebung zu beginnen, auch wenn klar war, dass dieses methodische Vorgehen den Effekt der Wirkung von Traumapädagogik tendenziell eher unterschätzen wird. Aufgrund der Länge des Implementierungsprozesses ist dieser aber schon, wie oben bereits beschrieben, im gewählten und praktizierten Design sehr anfällig für Störvariablen und Personalfuktuation. Bei einem noch späteren

Start der Evaluation würde sich das Risiko, dass sich die Wirkung der Traumapädagogik und die statistische Aussagekraft durch Austritte der Probanden und Fluktuation des ausgebildeten Personals reduzieren könnten, weiter erhöhen. Deshalb schien ein späterer Zeitpunkt auch keine wirklichen Vorteile zu bringen, zumal die Möglichkeit besteht, die Jugendlichen gegebenenfalls nochmals nachzuuntersuchen (BFS Code, etc.).

Die Frage ist, in welche Richtung ein solcher Implementierungsprozess die Ergebnisse beeinflusst. Es ist eigentlich nicht zu erwarten, dass alles linear auf die Ziele hinführt, sondern eher Wellenbewegungen hin zu einem höheren Niveau führen, da die Interventionsgruppe einerseits eine Sensibilisierung für die Belastungen der Fachkräfte und die Traumasymptome der Kinder erfährt und die Institution andererseits durch die Veränderungsprozesse zusätzlich belastet wird. Ausserdem hinterfragen die neuen traumapädagogische Konzepte alte Routinen, die natürlich viel (äussere) Sicherheit geben. Bis sich mit den neuen traumapädagogischen Konzepten eine ähnliche Sicherheit einstellt, muss fast zwangsläufig eine Phase der Verunsicherung durchlaufen werden. Hinzu kommt noch, dass die einzelne Fachkraft durch die stärkere Beziehungsorientierung generell mehr gefordert wird und sich vielleicht der Aufbau an traumapädagogischen Unterstützungsstrukturen oder auch die Bereitschaft, sich diese zu holen, nicht im gleichen Tempo entwickelt, wie diese nach der Aufgabe der alten Routine notwendig wäre, da die Jugendlichen natürlich auf die Veränderung im Konzept und Verunsicherung bewusst oder unbewusst reagieren und in der Regel in diesen Zeiten besonders viel pädagogische Präsenz einfordern.

Deshalb setzte die Evaluation von Beginn des Implementierungsprozesses an ein, um auch einen Vergleich der Ausgangslagen von Kontroll- und Interventionsgruppe zu erfassen. Es war aber klar, dass letztlich nur das letzte Jahr der Veränderungsmessung, wenn die Schulungen abgeschlossen sind, die wirkliche Wirkung der Einführung von traumatischen Konzepten abbilden kann.

6. Wie gehe ich mit Austritten und Neueintritten um?

Durch die Projektlaufzeit von 5 Jahren und einem Implementierungsprozess der mindestens drei Jahren benötigt, ist sowohl auf der Ebene der Heranwachsenden als auch auf Ebene der Mitarbeitenden eine Fluktuation von Probanden unvermeidbar. Natürlich wurde alles Mögliche versucht, wenn es schon nicht zu verhindern war, von allen Probanden in der sowieso schon eher kleinen Stichprobe beim Austritt noch Fragebögen ausgefüllt zu kommen. Dennoch ist selbst bei akribischer Planung ein Ausfall kaum zu verhindern, da die Kontrolle darüber nicht allein in der Hand des Studienzentrums liegt. Problematisch ist der Austritt in Kombination mit der langen Implementierungsphase, da viele Verläufe in die Analysen eingehen, bei denen nur Messungen innerhalb der Implementierungsphase vorliegen. Dies hat zwei gravierende Nachteile: Einerseits könnte diese gerade eines der oben benannten Wellentäler im institutionellen Prozess abbilden, andererseits, und das ist vielleicht sogar noch problematischer, treten ja in der Regel jene Jugendliche geplant aus, die schon recht lange einen guten Verlauf verzeichnen. D.h., es sind Jugendliche, die bei den ersten Messzeitpunkten oft sehr wenig Symptome zeigten und sich daher im Verlauf der Untersuchung kaum noch verbessern, aber unter Umständen verschlechtern können.

Letztlich wurde heftig diskutiert, wie mit den Teilnehmenden umzugehen ist, von denen nicht alle Messzeitpunkte vorliegen. Jugendliche und Mitarbeitende, die später eintraten, wurden gleich behandelt wie die Jugendlichen, die über den ganzen Prozess untersucht wurden. D.h., wenn ein/e Jugendliche/r später eingeschlossen wurde, wurden seine zwei Messzeitpunkte als die ersten zwei

Messzeitpunkte behandelt, auch wenn seine Mitbewohner den zweiten und dritten Messzeitpunkt durchliefen.

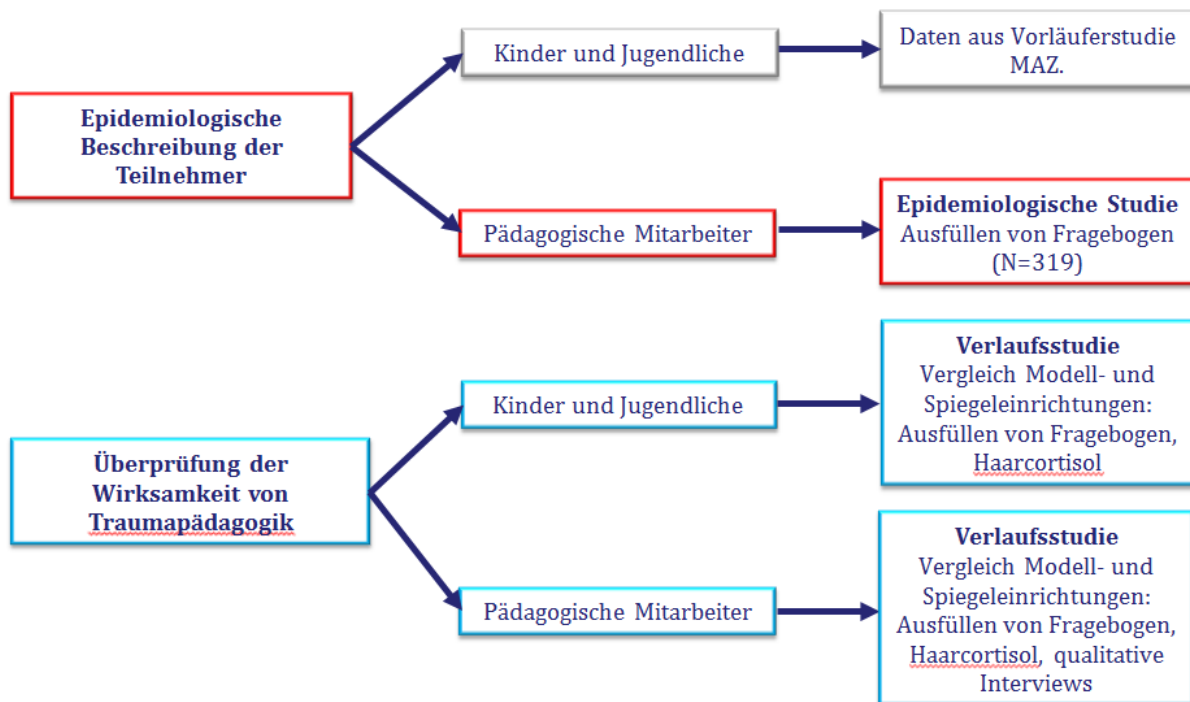
Abschliessend wurde das Problem so gelöst, dass diese für einfache Auswertungen und bei mehreren fehlenden Tests ganz ausgeschlossen wurden. Bei komplexeren multivariaten Verfahren, bei denen mehrere Messzeitpunkte und Verfahren eingeschlossen und nur einzelne Ergebnisse fehlten wurden diese einzelnen fehlenden Test nach Rücksprache mit Andrea Mayer, dem Statistiker des Psychologischen Institutes in Basel, nach international üblichen Algorithmen aus den vorliegenden Daten geschätzt.

In der Summe muss also festgestellt werden, dass die Evaluation mit sehr diversen methodischen Problemen zu kämpfen hat, die alle darauf hinauslaufen, dass die wahre Wirkung von traumapädagogischen Konzepten tendenziell eher noch unterschätzt wird, was bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden muss. Um die Wirkung von traumapädagogischen Konzepten langfristig besser abzubilden und abzusichern, wäre es wichtig, eine Form von kontinuierlicher Qualitätssicherung und Evaluation weiterzuführen.

Eine besondere Herausforderung für die Evaluation des Modellversuchs Traumapädagogik war es, dass es für viele der eingesetzten Fragebögen teilweise noch gar keine Referenzwerte aus dem Jugendhilfesystem im Allgemeinen und aus dem Schweizer Jugendhilfesystem im Besonderen vorlagen. Um die Repräsentativität unserer Stichproben überprüfen und die Relevanz der Veränderungen durch die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten einordnen zu können, wurden grössere repräsentative Referenzstichproben benötigt, mit denen die Interventions- und Kontrollgruppe verglichen werden konnte. Bei den Kindern und Jugendlichen konnte die Stichprobe des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung (MAZ.) für einen solchen Vergleich herangezogen werden - für die Ebene der sozialpädagogischen Fachkräfte fehlte eine solche Referenzstichprobe. Für einen solchen Repräsentativitätscheck in einer grösseren Stichprobe muss folglich eine vorbereitenden Studie zur Erfassung der psychischen Befindlichkeit von pädagogischen Mitarbeitenden (Arbeitszufriedenheit, Burnout-Risiko, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge) in sozialpädagogischen Einrichtungen der Schweiz konzipiert und möglichst ökonomisch durchgeführt werden.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf Ebene der Mitarbeitenden und Klienten in fünf sozialpädagogischen Modelleinrichtungen der Schweiz, wurde eine Verlaufsstudie in einem naturalistischen Kontrollgruppendesign realisiert.

Abbildung: Teilbereiche und Ebenen der Evaluation



6.3 Epidemiologische Studie

Die arbeitsbezogene psychische Befindlichkeit von pädagogischen Fachkräften wurde im Rahmen des Modellversuchs Traumapädagogik in einer grösseren Stichprobe untersucht. Hierzu wurden 700 Fragebögen an alle vom Bundesamt für Justiz anerkannten Erziehungseinrichtungen der Deutschschweiz verschickt, von denen 186 anonym beantwortet und retourniert wurden. Zusammen mit den Teilnehmenden der Verlaufsstudie ergibt sich eine Gesamtstichprobe von 319 Teilnehmenden. Zur epidemiologischen Beschreibung der Kinder und Jugendlichen werden die Daten aus der MAZ.-Studie mit 592 Kindern und Jugendlichen herangezogen.

6.4 Verlaufsstudie

Um zu überprüfen, inwiefern sich die Arbeitszufriedenheit, Selbstwirksamkeit sowie die Stressbelastung der Mitarbeitenden (Burnout Risiko, Sekundäre Traumasymptome) sowie die psychische Belastung der Kinder und Jugendlichen mit der Implementierung von traumapädagogischen Aspekten verändert, wurde eine Verlaufsstudie durchgeführt. Zentral war die Hypothese, dass sich die Belastung sowohl bei den Kindern und Jugendlichen als auch bei den Mitarbeitenden nachhaltig reduziert und mehr Resilienzfaktoren aufgebaut werden können. Nach der Umsetzung des Projekts sollten daher tendenziell sowohl weniger Platzierungsabbrüche seitens der Kinder und Jugendlichen als auch weniger Grenzverletzungen gegenüber den Mitarbeitenden zu beobachten sein.

6.5 Messinstrumente

6.5.1 Messinstrumente auf Mitarbeiterebene

Fragebögen

- **Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung** (SWE; Schwarzer & Jerusalem, 1999): 10 Items zur Erfassung von optimistischen Selbstüberzeugungen. Auswertung mittels für unterschiedliche Altersstufen und Geschlechter normierten T-Werten. Gute interne Konsistenz.
- **Fragebogen zur traumapädagogischen Arbeitszufriedenheit** (Schmid, Lang, Weber, Künstler & Dölitzsch, 2012): 27 Items zur Erfassung der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen in der traumapädagogischen Wohngruppe. Sechsstufige Likert-Skala von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“. Mittels Hauptkomponentenanalyse Extraktion von vier Faktoren: 1. Unterstützung durch Vorgesetzte, Partizipation und Transparenz, 2. Kommunikation und Unterstützung im Team, 3. Freude an der Arbeit, 4. Institutionelle Strukturen und Ressourcen. Gute interne Konsistenz.
- **Fragebogen zur Erfassung der Selbstfürsorge** (Dölitzsch, Fischer, Steinlin, Breymaier & Schmid, 2012): 24 Items zur Erfassung der Selbstfürsorge. Vierstufige Likert-Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“. Mittels Hauptkomponentenanalyse Extraktion von drei Faktoren: 1. Physiologische Faktoren, 2. Psychologische Faktoren, 3. Arbeitsbezogene Faktoren. Akzeptable interne Konsistenz.
- **Fragebogen zur Erfassung der Belastungen im Arbeitsalltag** (Fischer, Dölitzsch, Steinlin, Breymaier & Schmid, 2012). 18 Items zu Grenzverletzungen der Kinder und Jugendlichen gegenüber den Mitarbeitenden, zu Grenzverletzungen zwischen den Kindern und Jugendlichen und zu selbstverletzendem und suizidalem Verhalten der Kinder und Jugendlichen.
- **Burnout-Screening-Skalen** (BOSS; Hagemann & Geuenich, 2009): 60 Items zur Erfassung aktueller psychischer (kognitiver und emotionaler), körperlicher und psychosozialer Beschwerden, wie sie typischerweise im Rahmen eines Burnout-Syndroms auftreten. Sieben Skalen: Beruf, Eigene Person, Familie, Freunde, Körperliche Beschwerden, Kognitive Beschwerden, Emotionale Beschwerden. Ermöglicht anhand der Skala Beruf die Verdachtsdiagnose Burnout. Auswertung mittels T-Werten. Akzeptable bis exzellente interne Konsistenz.
- **Impact of Event Scale-Revised** (IES-R; Rosner & Hagl, 2008): 22 Items zum Screening der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), hier eingesetzt bzgl. traumatischen Erlebnissen während der Arbeit. Vierstufige Likert-Skala von „überhaupt nicht“ bis „oft“. Berechnung eines diagnostischen Wertes aus der gewichteten Summe der Skalen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal. Akzeptable bis exzellente interne Konsistenz.
- **Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung** (STS; Daniels, 2006): 31 Items zur Erfassung von Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal, Depression, Suizidgedanken, Suchtverhalten etc. Fünfstufige Likert-Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr oft“. Berechnung des Mittelwertes aus allen Symptom-Items. Exzellente interne Konsistenz.

Qualitative Interviews

Der ganze Prozess der Implementierung, der Veränderungen in den Institutionen und der individuellen Haltung in der pädagogischen Arbeit lässt sich eigentlich nur mit qualitativen Methoden zufriedenstellend untersuchen.

Fragen zur pädagogischen Haltung, zu komplexe Veränderungen im Bereich der pädagogischen Interventionen, Einrichtungsstrukturen, -kulturen und Konzepten sowie der individuelle Profit von traumapädagogischen Weiterbildungen können auch mit den besten Fragebögen nicht ausreichend abgebildet werden. Am Ende des Projektes wurde deshalb zusätzlich eine qualitative Untersuchung mit einem halbstrukturierten Interviewleitfaden durchgeführt. Ziel dieses qualitativen Studienteils war es, konkrete Veränderungen im pädagogischen Setting sowie in der persönlichen Arbeit der Mitarbeitenden mit den Kindern und Jugendlichen zu erfassen. Dies diente dazu, konkrete Unterschiede im pädagogischen Konzept beschreiben zu können. Das zentrale übergeordnete Ziel des gesamten Modellversuchs spiegelt sich aber ebenfalls in der qualitativen Evaluation wider. So ermöglicht eine qualitative Evaluation, den Prozess der Implementierung abzubilden, um daraus Erkenntnisse für die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten in Jugendhilfeeinrichtungen zu bekommen, und Gelingensfaktoren, aber auch Stolpersteine zu identifizieren, um daraus konkrete Handlungsanweisungen für Institutionen abzuleiten, die einen ähnlichen Prozess anstreben und traumapädagogischen Konzepte bei sich implementieren wollen.

6.5.2 Messinstrumente auf Ebene der Kinder und Jugendlichen

Fragebögen

- Die Befragung der Kinder und Jugendlichen erfolgte computerbasiert anhand des EQUALS-Programms. Die Fragebögen wurden von Kindern ab 10 Jahren selbst bearbeitet, bei jüngeren Kindern fand ausschliesslich die Befragung der Betreuenden statt. Die Befragung der Kinder und Jugendlichen für die berichteten Ergebnisse umfasst die folgenden psychometrischen Testverfahren. **Anamnesefragebogen:** Fremdbesicht zu Stammdaten, Lebenssituation vor Beginn der Massnahme, frühere Fremdunterbringungen, Ursachen für die Massnahme, kinder- und jugendpsychiatrischer Status, Gutachten/Berichte, Fragen bzgl. der Massnahme, schulische Informationen, Delikte, Auffälligkeiten in der Familie, belastende Lebensereignisse.
- **Kriminologische Fragen** (Boers, & Reinecke, 2007; ergänzt für MAZ.): Fremd- und Selbstbericht zur bisherigen Delinquenz.
- **Child Behavior Checklist** (CBCL/4-18 Jahre; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998). Erfassung von emotionalen Problemen, körperlichen Beschwerden und Verhaltensauffälligkeiten im Fremdbesicht. Die Ergebnisse ergeben keine Diagnosen, sondern weisen auf mögliche Problempunkte und Auffälligkeiten hin.
 - o *Syndromskalen:* Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Ängstlich/Depressiv, Soziale Probleme, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme, Dissoziales/Regelverletzendes Verhalten, Aggressives Verhalten
 - o *Breitbandskalen:* Internalisierende Störungen, Externalisierende Störungen, Gesamtproblemverhalten

- **Youth Self Report** (YSR/11-18 Jahre; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998): Erfassung von emotionalen Problemen, körperlichen Beschwerden und Verhaltensauffälligkeiten im Selbstbericht. Skalen identisch mit CBCL.
- **Youth Psychopathic Traits Inventory** (YPI; Andershed, Kerr, Stattin, Levander, 2002): Selbstbericht für 12-18-Jährige zur Erfassung der psychopathischen Eigenschaften. Skalen: Interpersonal, Affektiv, Behavioral.
- **Relationship Problems Questionnaire** (RPQ; Minnis, Rabe-Hesketh & Wolkind, 2002): Fremdbbericht für 5-16-Jährige zu auffälligem Bindungsverhalten.
- **Essener Trauma-Inventar** (ETI-KJ & ETI-KJ-F; Tagay, Düllmann, Hermans & Senf, 2007): Fremd- und Selbstbericht zur Erfassung von traumatischen Erlebnissen und Traumafolgestörungen.

Alle auf Ebene der Kinder und Jugendlichen verwendeten psychometrischen Testverfahren sind international weit verbreitet und verfügen in der Regel über gute bis sehr gute Testgütekriterien. Testverfahren, die von unserer Arbeitsgruppe übersetzt wurden, wie der Maysi (Grisso & Barnum, 2014; Leenarts et al., 2016; Döhlitzsch et al., 2016), YPI (Stadlin et al., 2015) und RPQ (Pérez et al., 2011; Schröder et al., 2017) wurden nach den international gebräuchlichen Regeln übersetzt und rückübersetzt, von den Autoren der Originalversion geprüft und auch in repräsentativen Schulstichproben normiert und auf ihre Reliabilität und Validität überprüft.

Die Beschränkung auf die EQUALS-Testverfahren hatte neben der einfacheren PC-gestützten Vorgabe und der damit verbundenen Vollständigkeit bei der Bearbeitung der einzelnen Fragebögen sowie der Zeitersparnis bei der Datenverarbeitung noch mehrere andere Vorteile. Alle verwendeten Fragebögen auf Ebene der Kinder und Jugendlichen sind international weit verbreitete und fest etablierte Verfahren, die alle über gute bis sehr gute Testgütekriterien verfügen. Wegen der weiten Verbreitung in der Schweiz und international sowie des flächendeckenden Einsatzes im Rahmen der MAZ-Studie und in den EQUALS-Institutionen, lassen sich die Ergebnisse mit anderen Referenzstichproben vergleichen. Ausserdem kann die Bearbeitungsdauer pro Fragebogen durch die PC-gestützte Vorgabe kontrolliert werden und die Fragebögen, in denen Jugendliche ohne echte Motivation und Selbstreflexion einfach runterkreuzen bzw. durchklicken, können anhand der zu kurzen Bearbeitungsdauer identifiziert und von weiteren Analysen ausgeschlossen werden. Es ist eine immense Erleichterung, dass nicht jeder Fragebogen nochmal auf seine Vollständigkeit und Plausibilität geprüft und von Hand in eine Datenbank eingegeben werden muss. Ein Nachteil ist, dass es nicht sehr leicht ist, neue spezifische Fragebögen zu implementieren.

6.5.3 Psychophysiologische Daten

Die psychische und physische Gesundheit hängt mit psychophysiologischen Stressbewältigungsprozessen zusammen. Involviert sind dabei auch das weitgehend bekannteste und meist untersuchte körperliche Stresshormon Cortisol sowie das Steroidhormon Dehydroepiandrosterone (DHEA), die beide von der Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenrinde-Achse (engl. HPA-Axis) ausgeschüttet werden.

Cortisol beeinflusst und ermöglicht unter anderem die effiziente Bewältigung von Stress (De Kloet et al., 2005; Gow et al., 2010; Staufenbiel et al., 2013; Miller, Chen & Zhou, 2007). Sehr gravierende, unkontrollierbare oder langanhaltende Stressumstände können jedoch zu einer Fehlregulation der

HPA-Axis führen, bei der Cortisol über- oder unterproduziert wird (Miller, Chen & Zhou, 2007). Solche Fehlregulationen können gravierende Folgen mit sich tragen. Verschiedene Studien haben zum Beispiel erhöhte Cortisolwerte nach traumatischen Lebensereignissen oder Naturkatastrophen, bei Depressionen, Angststörungen und chronischem Stress berichtet (Review: Guilliams & Edwards, 2010; Staufenbiel et al., 2013).

Obwohl die Prozesse dahinter noch nicht ganz verstanden werden, weisen Forschungsbefunde darauf hin, dass DHEA antagonistisch auf Cortisol-Effekte wirkt und gegen die schädlichen Folgen von Stressbelastung schützen kann (Hechter et al., 1997; Lennartson et al., 2013; Morgan et al., 2009).

Unter normalen Umständen scheinen DHEA-Konzentrationen eng mit denjenigen von Cortisol zu korrelieren (Hechter et al., 1997; Kroboth et al., 1999). Ein Ungleichgewicht von Cortisol und DHEA kann jedoch nach chronischer Stressbelastung auftreten (Ferrari et al., 2001; Jeckel et al. 2010; Young et al., 2002). Verschiedene Forscher plädieren deshalb dafür, dass das Verhältnis von Cortisol zu DHEA viel relevanter sei, um die Stress-Vulnerabilität eines Individuums zu verstehen, als die absoluten Konzentrationen.

Im Rahmen der Verlaufsstudie wurden auf Mitarbeiterebene und auf Ebene der Kinder und Jugendlichen zu jedem Messzeitpunkt die Konzentrationen von Cortisol und DHEA im Haar erfasst. Untersucht wurden die letzten 1.5 cm von Haar am posterioren Vertex (Braig et al., 2015). Da Haare im Durchschnitt 1 cm/Monat wachsen, entspricht dies der durchschnittlichen Hormonausschüttung in den jeweilig letzten 1.5 Monaten (Wennig, 2000). Es ergaben sich pro Haarprobe drei Werte - Cortisol, DHEA und das Cortisol/DHEA Ratio. Werte werden als pg/mg Haar ausgedrückt.

6.6 Stichprobenbeschreibung

6.6.1 Beschreibung der epidemiologischen Studie

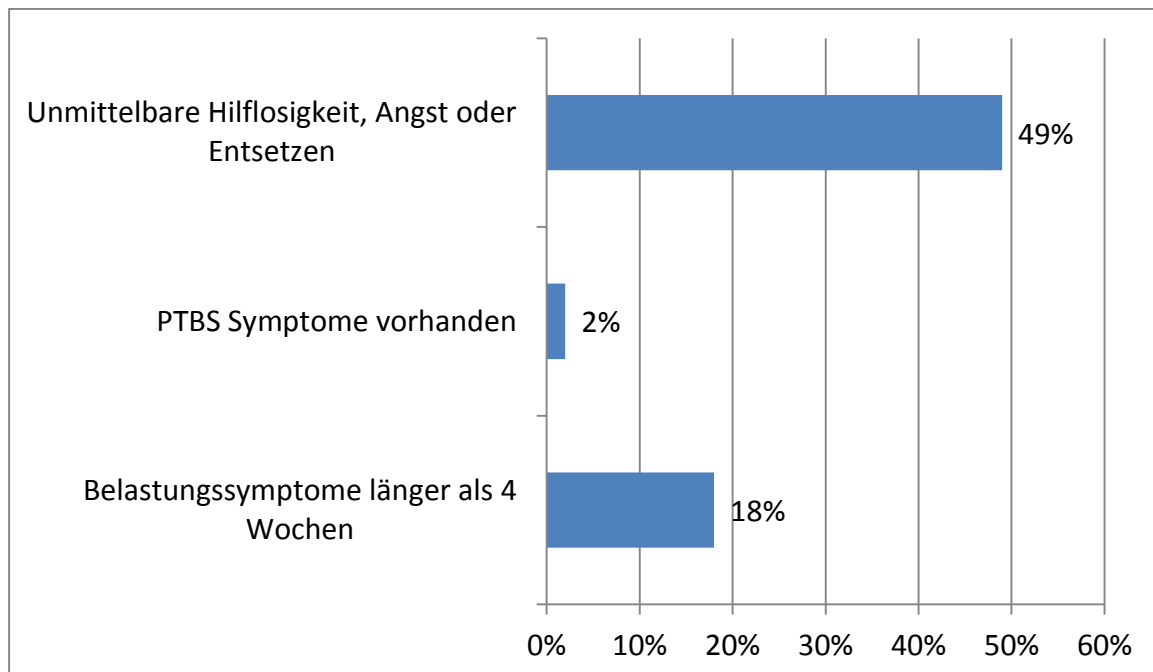
Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf alle Mitarbeitenden, die im Rahmen der Verlaufsstudie oder im Rahmen der anonymen Befragung in der Zeit von Oktober 2012 bis Mai 2014 an der Befragung teilgenommen haben. Dies sind 49 Teilnehmende aus den Modellinstitutionen, 84 Teilnehmende aus den Spiegelinstitutionen und 186 Teilnehmende der anonymen Befragung, insgesamt also 319 Personen. Die Teilnehmenden waren 23 bis 65 Jahre alt ($M=38.6$, $SD=10.0$), zu 61% weiblich, zu 77% in einer festen Partnerschaft lebend und hatten zu 36% eigene Kinder. Die Berufserfahrung betrug im Mittel 10.0 Jahre ($SD=8.2$) und die Zugehörigkeit zum Betrieb lag im Mittel bei 5.1 Jahren ($SD=5.9$).

Prävalenz von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Mitarbeitenden in sozialpädagogischen Einrichtungen

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist durch die direkte oder indirekte Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis, das mit drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder der Gefahr für die eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit verbunden ist, charakterisiert (APA, 2013). Dabei kommt es zu anhaltendem Wiedererleben des Ereignisses, Übererregbarkeit, Vermeidung traumaassoziierter Reize und emotionalen Verstimmungen. Dieser Zustand dauert mindestens einen Monat und geht mit klinisch bedeutsamem Leiden und Beeinträchtigung einher.

Bei der epidemiologischen Studie gaben 83% (n=265) der Mitarbeitenden an, in ihrem beruflichen Alltag bereits einmal einen Angriff oder eine akute Bedrohungssituation, die zu Tod oder Verletzung hätte führen können, selbst erlebt oder beobachtet zu haben. Von diesen Personen gaben 49% (n=128) an, darauf unmittelbar mit Hilflosigkeit, Angst oder Entsetzen reagiert zu haben. Bei 2% (n=4) der Betroffenen waren die PTBS-Kriterien in den Bereichen Intrusion, Übererregung und Vermeidung erfüllt. Fast ein Fünftel (18%, n=44) berichtete, dass die Belastungssymptome vier Wochen oder länger angehalten hatten.

Abbildung: Reaktion auf eigenes bedrohliches Erlebnis im Beruf



Auf die Gesamtstichprobe bezogen bedeutet dies, dass 15% aller Mitarbeitenden angaben, mindestens vier Wochen unter Belastungssymptomen gelitten zu haben. Ein Prozent der Gesamtstichprobe erfüllte alle Kriterien für eine PTBS.

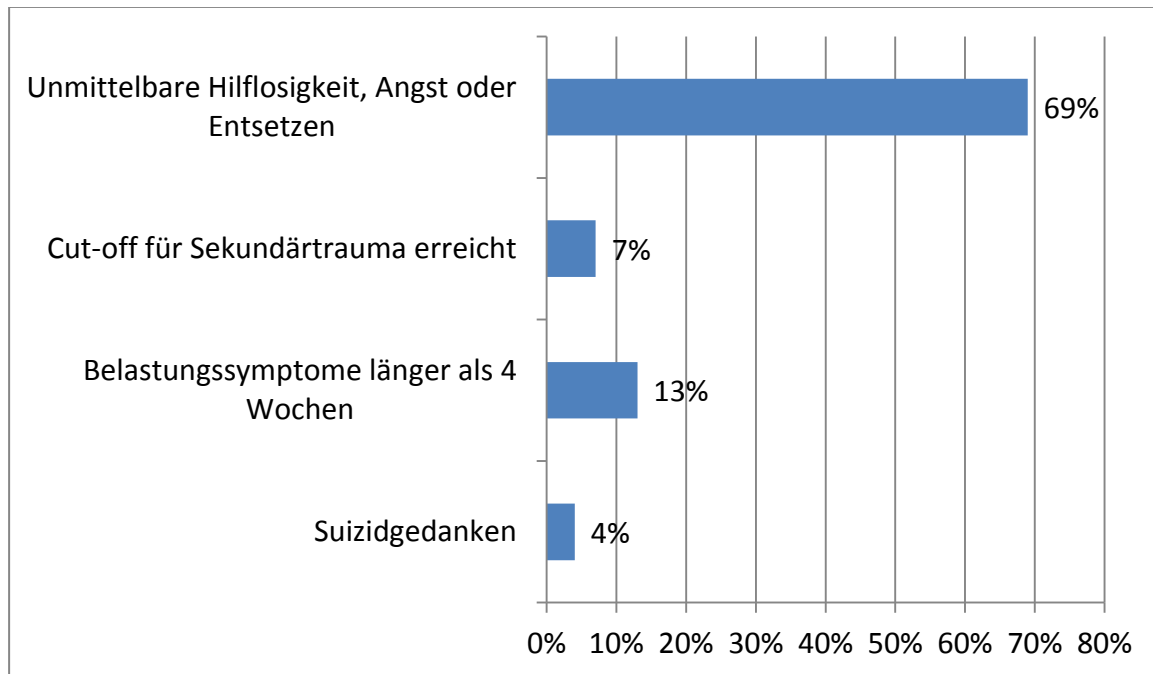
Prävalenz von Sekundärtraumatisierung bei Mitarbeitenden in sozialpädagogischen Einrichtungen

Eine sekundäre Traumatisierung entsteht durch die verbale oder schriftliche Exposition mit den Details traumatischer Ereignisse, mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma (Daniels, 2003). Das Erscheinungsbild entspricht dem der PTBS, mit identischen Symptomen wie Vermeidung, Übererregung und Intrusion (Figley, 1995). Diese Belastungsreaktion betrifft vor allem Personen, die eine wichtige Rolle im Leben von Traumatisierten spielen.

In der epidemiologischen Studie wurden die Mitarbeitenden über Belastungen durch Erlebnisse der betreuten Kinder und Jugendlichen gefragt, von denen sie gehört oder gelesen hatten. 73% (n=220) der Befragten gaben an, mindestens einmal von einem belastenden Erlebnis gehört oder in den Akten gelesen und darauf mit deutlicher Belastung reagiert zu haben. 69% der Betroffenen reagierten auf dieses Hören/Lesen unmittelbar mit Hilflosigkeit, Angst oder Entsetzen. 7% der Betroffenen zeig-

ten Symptome einer Sekundärtraumatisierung. Bei 13% der Betroffenen hielten die Belastungssymptome länger als vier Wochen an, und 4% hatten infolge des Erlebnisses bereits Suizidgedanken.

Abbildung: Reaktion auf gehörte/gelesene belastende Erlebnisse der Kinder und Jugendlichen



Auf die Gesamtstichprobe bezogen bedeutet dies, dass 10% der Befragten angaben, mindestens vier Wochen unter Belastungssymptomen, wie sie im Konzept der Sekundärtraumatisierung beschrieben sind, gelitten zu haben. Ein Prozent der Gesamtstichprobe erfüllte alle Kriterien für eine Sekundärtraumatisierung (analog der Kriterien für eine PTBS).

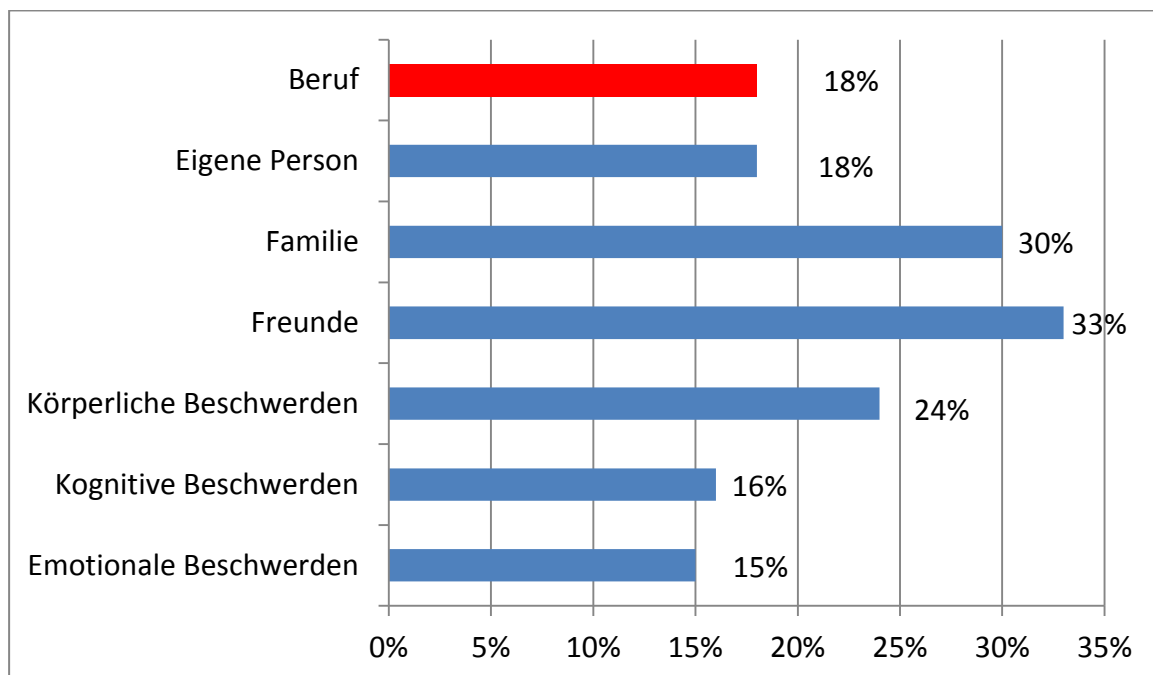
Prävalenz von Burnout bei Mitarbeitenden in sozialpädagogischen Einrichtungen

Burnout ist eine berufsbedingte psychische Beeinträchtigung und äussert sich durch emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit (Maslach & Jackson, 1986). Emotionale Erschöpfung ist charakterisiert durch aufgezehrte emotionale Ressourcen. Depersonalisation bezieht sich auf eine negative, zynische und distanzierte Einstellung gegenüber den in der eigenen Obhut stehenden Menschen und reduzierte Leistungsfähigkeit umfasst ein Gefühl niedriger Selbstwirksamkeit und eine ablehnende Haltung gegenüber sich selbst (Awa et al., 2013). Ein Burnout-Syndrom liegt vor, wenn die Arbeitsbelastung und der daraus resultierende Erschöpfungszustand mehrere Wochen bis Monate anhalten und Entspannungsphasen zu keiner Symptomreduktion führen.

In der epidemiologischen Studie bestand bei fast einem Fünftel der Befragten (18%; n=56) ein Verdacht auf Burnout. Am meisten Personen erzielten auffällige Werte auf den Skalen Freunde (33%; n=106) und Familie (30%, n=95). Hohe Werte auf diesen Skalen bedeuten eine deutliche Unzufriedenheit mit der Art und Weise wie der Kontakt zu Freunden und Bekannten gestaltet werden, respektive einen negativ erlebten Verlust von Beziehungsqualität und -quantität im familiären und freundschaftlichen Bezugssystem. Die besonders hohen Belastungswerte in jenen Bereichen, die mit

der Qualität von Beziehungen assoziiert sind, könnten mehrere Ursachen haben. Es könnte einerseits bedeuten, dass Menschen in sozialen Berufen besonders hohe Erwartungen an Beziehungen und Freundschaften stellen und sie deshalb kritischer bewerten als die Normstichprobe. Die höhere Unzufriedenheit in diesen Bereichen, könnten aber auch aus den Belastungen aus dem Schichtdienst resultieren, da viele Fachkräfte zurückmelden, dass weniger die Arbeit als der Mehraufwand überdauernd Hobbies und Kontakte im Freundeskreis zu pflegen, aufwendig miteinander zu vereinbaren seien. Die geringere Zufriedenheit mit diesen Lebensbereichen könnte aber auch darauf zurückzuführen sein, dass viele Menschen, die den ganzen Tag beruflich Beziehung gestalten und ständig mit Menschen interagieren, tendenziell überkommuniziert sind und in ihrer Freizeit oft lieber alleine mit ruhigen Freizeitaktivitäten verbringen. Doch merken sie oft, dass sie eigentlich intensive Kontakte zu nahestehenden Menschen vermissen und es eine Herausforderung sein kann, diese Bedürfnisse miteinander in Einklang zu bringen. Fast ein Viertel der Stichprobe (24%, n=76) berichtete über körperliche Einschränkungen und Beschwerden und 18% (n=58) über starke Einschränkungen im Wohlbefinden der eigenen Person, der Lebenszufriedenheit und Leistungsfähigkeit (vgl. Abbildung „Anteil der Befragten mit auffälligen Belastungswerten“).

Abbildung: Anteil der Befragten mit auffälligen Belastungswerten



Häufigkeit von beruflichen Belastungen in sozialpädagogischen Einrichtungen

In der epidemiologischen Studie gaben nur 9% der Sozialpädagogen an, keine der abgefragten Belastungen in den vergangenen drei Monaten erlebt zu haben. 55% der Befragten gaben an, bis zu drei Belastungsarten erlebt zu haben, 27% berichteten von vier bis sechs Belastungen und 9% von sieben oder mehr. Acht Personen gaben sogar an, 10 bzw. 11 verschiedene Belastungen erlebt zu haben.

In den folgenden Abbildungen sind die jeweiligen Häufigkeiten der beruflichen Belastungen und Grenzverletzungen im Arbeitsalltag dargestellt und zwar unterteilt nach Grenzverletzungen gegenüber den Betreuern, miterlebten Übergriffen zwischen Kindern und Jugendlichen und beobachtetem oder miterlebtem selbstschädigendem Verhalten der Kinder und Jugendlichen.

Abbildung: Häufigkeit von Grenzverletzungen gegenüber den Befragten

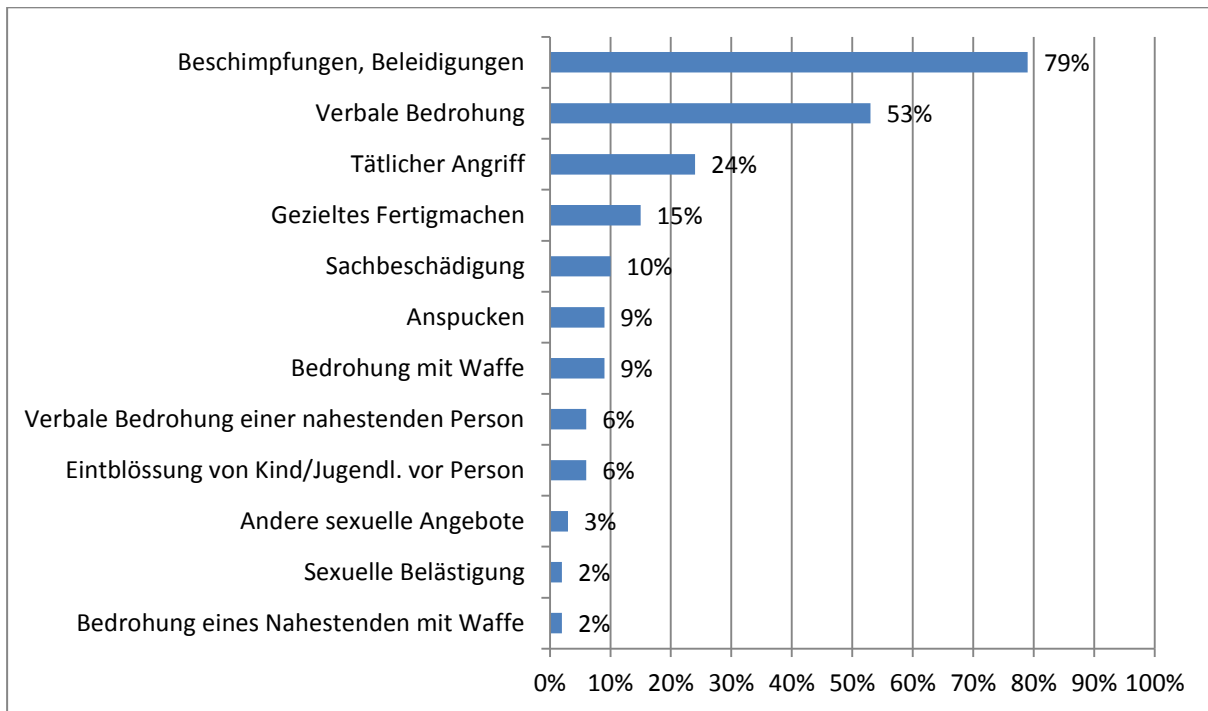


Abbildung: Miterlebte Übergriffe zwischen Kindern und Jugendlichen

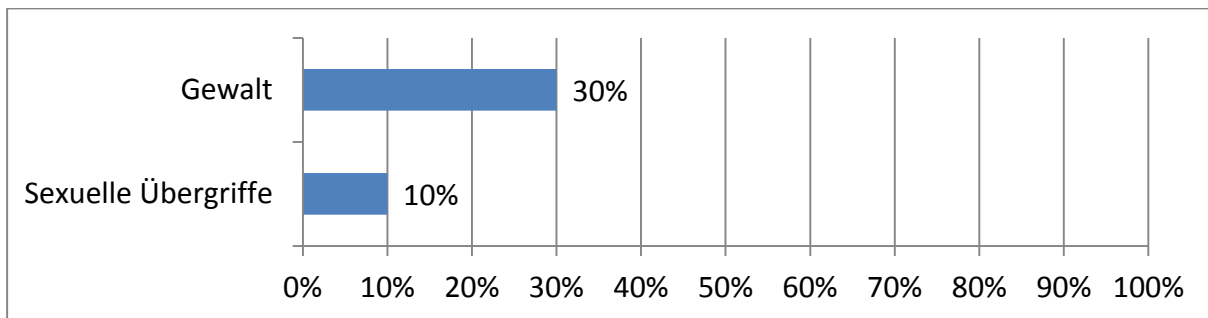
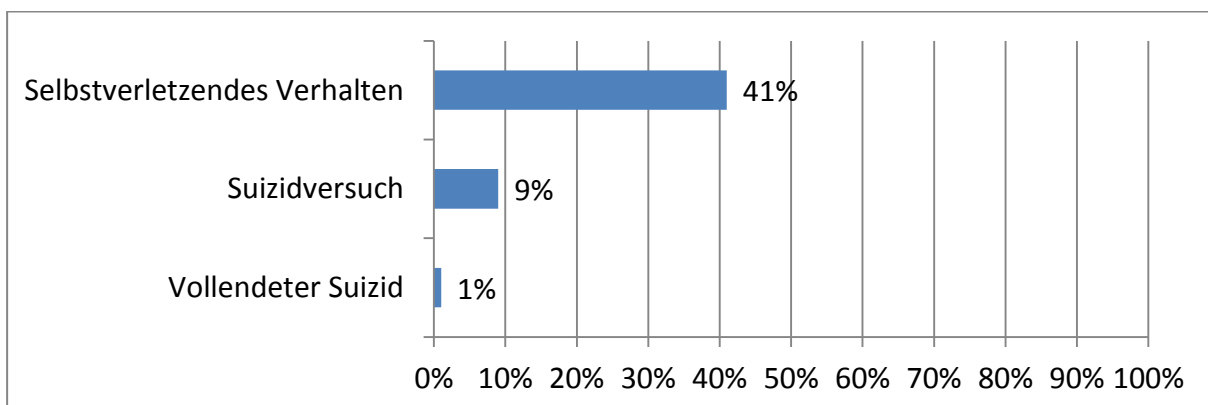


Abbildung: Beobachtetes oder direkt miterlebtes selbstschädigendes Verhalten der Kinder und Jugendlichen



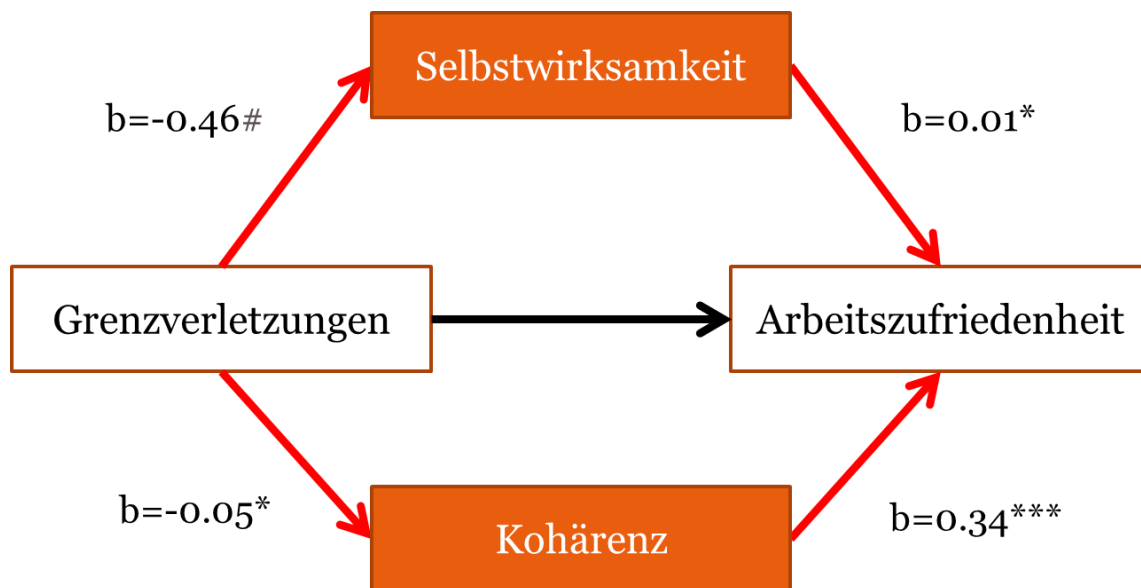
79% (n=253) der Befragten gaben an, in den letzten drei Monaten beleidigt oder beschimpft und über die Hälfte (53%; n=170) gab an, verbal bedroht worden zu sein. Dreissig Personen (9%) gaben an, mit einer Waffe oder einem anderen gefährlichen Gegenstand bedroht worden zu sein. 30% (n=95) gaben an, in den vergangenen drei Monaten gewalttätige Handlungen zwischen Kindern und Jugendlichen miterlebt zu haben, und fast 10% (n=31) berichteten sexuelle Übergriffe. 40% (n=129) gaben an, selbstverletzendes Verhalten beobachtet oder direkt miterlebt zu haben, und 9% (n=27) seien Zeugen eines Suizidversuchs in den letzten drei Monaten geworden. Vier Personen (1%) gaben an, einen vollendeten Suizid miterlebt zu haben.

Welche Rolle spielt die Kohärenz und Selbstwirksamkeit beim Zusammenhang zwischen Grenzverletzungen und Arbeitszufriedenheit?

Die Kohärenz ist als Aspekt der psychischen Widerstandsfähigkeit zu verstehen und kann erklären, warum manche Personen trotz Belastungen gesund bleiben oder sich schnell wieder davon erholen. Sie bezeichnet das Vertrauen in die Vorhersagbarkeit der inneren und äusseren Umwelt, die wahrgenommene Bewältigbarkeit innerer und äusserer Anforderungen und die Empfindung des Lebens als sinnvoll (Antonovsky, 1987). Der Aufbau von Kohärenzerleben ist ein wichtiger Aspekt der Psychotraumatologie und der Psychotherapie, da traumatische Erlebnisse dieses Kohärenzerleben beeinträchtigen und dieses über Narrative und ein Einweben des traumatischen Erlebnisses in die Biographie wieder rekonstruiert werden kann. Die Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt wiederum die Überzeugung der eigenen Fähigkeiten, um geplante Ziele zu erreichen (Bandura, 1997). Beide Konzepte werden als wichtige Aspekte für die Bewältigung von schwierigen Umständen erachtet, und ihre Förderung ist wichtiger Bestandteil der Traumapädagogik.

Es wurde untersucht, ob der bestehende negative Zusammenhang zwischen erlebter Anzahl unterschiedlicher Grenzverletzungen gegen das Personal und allgemeiner Arbeitszufriedenheit, durch die Kohärenz oder die Selbstwirksamkeitserwartung von Mitarbeitenden erklärt werden kann. Ist es möglich, dass die Anzahl erlebter Grenzverletzungen nicht direkt mit einer Abnahme der Arbeitszufriedenheit zusammenhängt, sondern indirekt durch die Abnahme des Kohärenzgefühls oder der Selbstwirksamkeit? Um möglichst viele Teilnehmende einzuschliessen, wurden die Berechnungen an der epidemiologischen Studie durchgeführt. Eingeschlossen wurden alle mit Angaben zu Grenzverletzungen, Kohärenz, Selbstwirksamkeit und Arbeitszufriedenheit (N=286). Mit dem PROCESS Programm von Hayes (2012), wurde eine Mediatoranalyse durchgeführt um zu untersuchen, ob der Zusammenhang zwischen Grenzverletzungen und Arbeitszufriedenheit durch eine Abnahme der Kohärenz und Selbstwirksamkeitserwartung erklärt werden kann.

Abbildung: Die Rolle von Kohärenz und Selbstwirksamkeit bei der Abnahme von Arbeitszufriedenheit nach Grenzverletzungen gegenüber Mitarbeitende in der epidemiologischen Studie (N=286). Bootstrap Ergebnisse basieren auf 1,000 Bootstrap Stichproben. # $p < .10$ * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.



Das berechnete Regressionsmodell ist statistisch signifikant, und konnte 26.7% der Varianz von angegebener Arbeitszufriedenheit erklären ($R^2=.267$, $F(3, 282)=34.26$, $p<.001$). Eine Zunahme unterschiedlicher Grenzverletzungen hängt mit der Abnahme von Selbstwirksamkeit und Kohärenz zusammen, was wiederum zu einer Abnahme der durchschnittlichen Arbeitszufriedenheit zur Folge hat. Dieser indirekte Effekt ist bei der Selbstwirksamkeit statistisch jedoch nicht signifikant ($b=-0.004$, 95%KI[-.0116, .0000]). Die Kohärenz hingegen, scheint eine bedeutende Rolle zwischen Grenzverletzungen und Arbeitszufriedenheit zu spielen ($b=-0.016$, 95%KI[-.0332, -.0003]). Der Zusammenhang zwischen Grenzverletzungen und Arbeitszufriedenheit wird jedoch nur teilweise durch das Modell erklärt – der direkte Effekt bleibt weiterhin bestehen ($b=-0.051$, $t=-3.05$, $p=.003$). Zusammenfassend bedeutet dies, dass eine zunehmende Anzahl erlebter Grenzverletzungen zu einer Abnahme der durchschnittlichen Arbeitszufriedenheit führen kann. Dieser Zusammenhang wird teilweise dadurch erklärt, dass das Kohärenzgefühl von Mitarbeitenden beeinträchtigt wird. Vice versa bedeutet dies auch, dass Mitarbeitende, die eine hohe Selbstwirksamkeit und ein ausgeprägtes Kohärenzerleben aufweisen, zwar nicht immun sind gegenüber den negativen Folgen von Grenzverletzungen, diese aber in der Regel besser kompensieren können und sich Grenzverletzungen bei ihnen nicht so unmittelbar auf die Arbeitszufriedenheit und das Burnout-Risiko auswirken. Diese Ergebnisse bestärken eigentlich den traumapädagogischen Ansatz, da sich zeigt, dass es sehr lohnenswert ist, die Selbstwirksamkeit und das Kohärenzerleben der Fachkräfte im pädagogischen Alltag gezielt zu fördern.

Kurzes Fazit der epidemiologischen Studie

Auch in einer repräsentativen Stichprobe von sozialpädagogischen Fachkräften zeigte sich erwartungsgemäß, dass Grenzverletzungen (93%), tätliche Angriffe (24%), Burnout-Risiko (18%) und sekundäre Traumatisierung (69%) bei sozialpädagogischen Fachkräften in der stationären Jugendhilfe weit verbreitet sind. Aus diesen Zahlen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen.

1. Die Arbeit in der Jugendhilfe kann sehr belastend sein - die Verletzung von persönlichen Grenzen sind leider die Regel und nicht die Ausnahme in diesem Feld.
2. Eine beachtliche Zahl ist derart stark belastet, dass gesundheitliche Folgen (Burnout, PTSD) nicht auszuschliessen sind. Krankheitsausfälle und Personalfuktuation können daraus resultieren.
3. Mitarbeitende, die diesen Jobs lange gut machen wollen, brauchen administrative, fachliche, emotionale Unterstützung.
4. In der Jugendhilfe läuft vieles gut: Das Verhältnis von heftigen Grenzverletzungen zu Burnout-symptomen deutet einerseits darauf hin, dass insbesondere die Jugendhilfe mit ihren Teamstrukturen, Prozess- und Strukturqualitätsmerkmalen viele Belastungen kompensieren kann. Die Burnout-Fälle liegen auf dem hohen Niveau anderer psychosozialer Berufe, aber trotz der aussergewöhnlich hohen Belastung durch Grenzverletzungen nicht exorbitant höher.
5. Resilienzfaktoren (Sense of Coherence/Selbstwirksamkeit) der Mitarbeitenden moderieren den Effekt zwischen Grenzverletzungen und Symptomen.

Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von traumapädagogischen Konzepten, welche die Versorgung und Selbstwirksamkeit der Fachkräfte in den Mittelpunkt stellen, und belegen noch einmal die Sinnhaftigkeit des Aufbaus dieses Modellversuches.

6.6.2 Beschreibung der Verlaufsstudie

Um die Wirksamkeit der traumapädagogischen Konzepte zu überprüfen, wurde ein Kontrollgruppendesign durchgeführt. Neben den Mitarbeitenden sowie den Kindern und Jugendlichen der fünf Einrichtungen, die als Interventionsgruppe am Modellversuch teilnahmen und als Modellinstitutionen bezeichnet werden, wurden zu jedem Messzeitpunkt auch Mitarbeitende sowie Kinder und Jugendliche aus neun weiteren Einrichtungen befragt, die als Spiegelinstitutionen bezeichnet werden. Im Rahmen der Stichprobenbeschreibung werden beide Gruppen miteinander verglichen, um zu überprüfen, ob bereits vor Beginn der Intervention Unterschiede zwischen den Gruppen bestanden.

Um darüber hinaus die Repräsentativität der Stichproben der Verlaufsstudie zu überprüfen, wurden diese jeweils mit grösseren Stichproben verglichen. Auf Mitarbeiterenebene wurden die Daten der 164 Mitarbeitenden der Modell- und Spiegelinstitutionen mit den 186 Mitarbeitenden aus der anonymen Befragung (siehe oben) verglichen. Auf Ebene der Kinder und Jugendlichen wurden die 138 Teilnehmenden aus den Modell- und Spiegelinstitutionen mit den 592 Teilnehmenden der Vorläuferstudie MAZ. (Schmid et al., 2013) verglichen.

Pädagogische Mitarbeitende

Soziodemographische Daten der pädagogischen Mitarbeitenden aus der anonymen Befragung sowie der Verlaufsstudie werden in Tabelle „Überblick über die sozio-demographischen Daten“ dargestellt. Insgesamt konnten 186 pädagogische Mitarbeitende anonym befragt werden, aus den Modell- und Spiegelinstitutionen nahmen 57 bzw. 107 Personen teil.

Während das Geschlechterverhältnis in den Modellinstitutionen relativ ausgeglichen war, waren zwei Drittel der Teilnehmenden der Spiegelinstitutionen und der anonymen Befragung weiblich. Eigene

Kinder zu haben, wurde von den Teilnehmenden der Modellinstitutionen häufiger berichtet als von den anderen beiden Gruppen. An der anonymen Befragung nahmen mehr Personen mit einer sozialpädagogischen Ausbildung teil, während in den beiden Gruppen der Verlaufsstudie der Anteil an Personen mit anderen sozialen Berufen etwas höher war.

Tabelle: Überblick über die sozio-demographischen Daten der Teilnehmenden differenziert nach anonymer Befragung und Modell- und Spiegeleinrichtungen der Verlaufsstudie

	Anonyme Befragung		Verlaufsstudie				Unterschied	
	Häufigkeit		Modell		Spiegel			
	N	%	N	%	N	%	χ^2 (df)	p
Anzahl	186	-	57	-	107	-	-	-
Geschlecht								
<i>Männer</i>	62	33.7%	31	54.4%	38	35.5%	8.24 (2)	.016
<i>Frauen</i>	122	66.3%	26	45.6%	69	64.5%		
Beziehungsstand								
<i>feste Partnerschaft</i>	131	78.4%	39	79.6%	76	76.0%	0.32 (2)	.853
<i>Alleinstehend</i>	36	21.6%	10	20.4%	24	24.0%		
Eigene Kinder	58	31.5%	28	50.9%	34	32.4%	7.42 (2)	.024
Berufsgruppe								
<i>Sozialpäd. Ausbildung</i>	163	89.1%	39	70.9%	85	82.5%	13.21 (2)	.006 [#]
<i>Sozialarbeiter, Psychologen, Ärzte, Lehrer, sonstige soziale Berufe</i>	18	9.8%	12	21.8%	17	16.5%		
<i>Sonstige Berufe</i>	2	1.1%	4	7.3%	1	1.0%		
	Mittelwert/Standardabweichung						Unterschied	
	M	SD	M	SD	M	SD	F (df)	p
Alter	39.7	10.2	35.9	9.1	35.7	10.0	5.88 (2;316)	.003
Betriebszugehörigkeit (in Jahren)	6.1	6.6	3.6	4.2	3.0	4.0	11.74 (2;330)	<.001
Berufserfahrung im sozialpäd. Bereich (in Jahren)	11.1	8.3	8.1	6.8	7.7	7.8	7.07 (2;333)	<.001

Anmerkungen: [#]exakter Test nach Fisher

Die Teilnehmenden der anonymen Befragung ($M=39.7$) waren im Mittel etwa ein Jahr älter als die Teilnehmenden des Modellversuchs Traumapädagogik. Das Altersspektrum bewegte sich in den drei Gruppen zwischen 22 und 65 Jahren. Die durchschnittlich berichtete Berufserfahrung im sozialpädagogischen Bereich war mit 11 Jahren in der anonym befragten Gruppe grösser als in den Gruppen der Verlaufsstudie mit etwa 8 Jahren. Die durchschnittliche Zugehörigkeit zum aktuellen Betrieb betrug etwa 6 Jahre bei den anonym Befragten und 3 bzw. 3.6 Jahre in den Gruppen der Verlaufsstudie. Über alle drei Gruppen hinweg wurden jedoch zwei bzw. drei Jahre bei der Berufserfahrung und zwei Jahre bei der Zugehörigkeit zum aktuellen Betrieb berichtet. Dies bedeutet, dass die vergleichsweise

hohen Mittelwerte durch einige Ausreisser begründet sind, ein grosser Teil der Mitarbeitenden aber weniger Berufserfahrung hat und weniger lange zum Betrieb gehört.

Arbeitszufriedenheit verglichen mit anonymer Befragung

Mit dem selbst entwickelten *Fragebogen zur traumapädagogischen Arbeitszufriedenheit* (Schmid et al., 2012) wurden die Teilnehmenden nach ihrer Arbeitszufriedenheit im traumapädagogischen Kontext befragt. Der Fragebogen ist 6-stufig skaliert (1 = stimme überhaupt nicht zu, 6 = stimme voll und ganz zu). Die folgende Tabelle zeigt die mittlere Arbeitszufriedenheit in den drei Gruppen, die sich nicht signifikant unterscheidet. In allen Gruppen ist die Arbeitszufriedenheit mit Mittelwerten zwischen 4.5 und 5.3 als hoch einzustufen. Aufgrund dieser so genannten Deckeneffekte (hohe Ausgangswerte, die in der Stichprobe oder im Instrument begründet sein können) wird es nicht einfach werden, Verbesserungen, also eine Zunahme der Arbeitszufriedenheit in den Gruppen, zu ermitteln.

Tabelle: Durchschnittliche Arbeitszufriedenheit

	Anonyme Befragung (N=186)		Verlaufsstudie Modell (N=54)		Spiegel (N=104)		Unterschied	
	Mittelwert/Standardabweichung						<i>F</i> (df)	<i>p</i>
	M	SD	M	SD	M	SD		
Unterstützung durch Vorgesetzte, Partizipation und Transparenz	5.0	0.7	5.1	0.7	4.9	0.6	1.69 (2;341)	.186
Kommunikation und Unterstützung im Team	5.0	0.7	5.0	0.6	4.9	0.6	1.79 (2;340)	.168
Freude an der Arbeit	5.2	0.6	5.3	0.5	5.1	0.6	2.19 (2;341)	.114
Institutionelle Strukturen & Ressourcen	4.6	0.7	4.7	0.6	4.5	0.6	2.10 (2;340)	.124
Gesamtwert	4.9	0.6	5.0	0.5	4.8	0.5	2.05 (2;341)	.131

Kinder und Jugendliche

Die soziodemografischen Daten der Kinder und Jugendlichen aus den Modell- und Spiegeleinrichtungen der Verlaufsstudie sowie der Referenzstichprobe aus der Vorläuferstudie MAZ. werden in der nächsten Tabelle dargestellt. Insgesamt konnten 54 Probanden aus den fünf Modelleinrichtungen und 84 Probanden aus den neun Spiegeleinrichtungen eingeschlossen werden. Die MAZ.-Stichprobe bestand aus 592 Teilnehmenden.

Tabelle: Überblick über die sozio-demographischen Daten der Kinder und Jugendlichen differenziert nach MAZ.-Stichprobe und Modell- und Spiegeleinrichtungen der Verlaufsstudie

	MAZ.		Verlaufsstudie				Unterschied	
			Modell		Spiegel			
	Häufigkeit						χ^2 (df)	<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%		
Anzahl	592	-	54	-	84	-	-	-
Geschlecht								
<i>Jungen</i>	402	67.9%	34	63.0%	44	52.4%	8.07 (2)	.018
<i>Mädchen</i>	190	32.1%	20	37.0%	40	47.6%		
Geboren in der Schweiz	462	78.0%	39	78.0%	64	77.1%	0.04	.982
Frühere Fremdunterbringung	242	41.4%	23	50.0%	29	44.6%	1.44 (2)	.487
Unterbringungsgrund								
<i>Zivilrechtlich</i>	312	55.6%	27	55.1%	49	65.3%	3.31 (2)	.508
<i>Strafrechtlich</i>	148	26.4%	13	26.5%	13	17.3%		
<i>Andere</i>	101	18.0%	9	18.4%	13	17.3%		
Mittelwert/Standardabweichung								
	M	SD	M	SD	M	SD	<i>F</i> (df)	<i>p</i>
Alter	16.1	3.1	15.2	3.2	15.1	2.9	5.03 (2;722)	.007

Die Teilnehmenden aus den Modell- und Spiegeleinrichtungen waren im Mittel etwa ein Jahr jünger als die Teilnehmenden der MAZ.-Studie. Die Geschlechter waren in den drei Stichproben unterschiedlich verteilt: Der Anteil der Jungen war in der MAZ.-Stichprobe am grössten, gefolgt von den Modellinstitutionen und schliesslich den Spiegeleinrichtungen. Dementsprechend war der Anteil der Mädchen in den Spiegeleinrichtungen am grössten. Beim Geburtsland, früherer Fremdunterbringung und dem Unterbringungsgrund unterschieden sich die drei Gruppen nicht signifikant voneinander. Tendenziell waren in den Spiegeleinrichtungen einige Teilnehmende mehr aus zivilrechtlichen Gründen und einige Teilnehmende weniger aus strafrechtlichen Gründen platziert als in den Modellinstitutionen und der MAZ.-Stichprobe.

Zuweisungen

Während in der MAZ.-Studie Teilnehmende aus beinahe der gesamten Schweiz zugewiesen wurden, beschränkten sich die Zuweisungen im Modellversuch Traumapädagogik auf deutschsprachige Kantone und erfolgten in den meisten Fällen in den Kantonen, in denen auch die teilnehmenden Einrichtungen lagen (z.B. Zürich, Basel-Landschaft, St. Gallen) (Tabelle „Zuweisungen“). Interessant ist, dass sich bereits ein Trend zeigt, dass die Modellinstitutionen tendenziell etwas mehr ausserkantonale Zuweisungen bekommen, was darauf hinweisen könnte, dass es einen überregionalen Bedarf an Einrichtungen gibt, welche den besonderen Bedarf von traumatisierten Kindern zu adressieren (vgl. auch Kapitel zu den Zuweisungen von höher belasteten Kindern und Jugendlichen während des Modellversuchs).

Tabelle: Zuweisungen

Kanton	MAZ. (N=592)		Verlaufsstudie			
	N	%	Modell (=50)		Spiegel (N=83)	
	N	%	N	%	N	%
Zürich	78	13.2%	10	20%	18	21.7%
Aargau	61	10.3%	2	4.0%	2	2.4%
Tessin	61	10.3%	-	-	-	-
Basel-Landschaft	58	9.8%	9	18.0%	7	8.4%
Waadt	57	9.7%	-	-	-	-
Bern	44	7.5%	2	4.0%	10	12.0%
Basel-Stadt	40	6.8%	7	14.0%	5	6.0%
St. Gallen	33	5.6%	4	8.0%	15	18.1%
Wallis	32	5.4%	-	-	-	-
Luzern	31	5.3%	1	2.0%	4	4.8%
Freiburg	20	3.4%	-	-	-	-
Solothurn	16	2.7%	1	2.0%	3	3.6%
Neuenburg	14	2.4%	-	-	-	-
Genf	14	2.4%	-	-	-	-
Zug	8	1.4%	1	2.0%	2	2.4%
Graubünden	5	0.8%	5	10.0%	-	-
Schwyz	4	0.7%	2	4.0%	-	-
Schaffhausen	4	0.7%	2	4.0%	4	4.8%
Uri	3	0.5%	-	-	1	1.2%
Glarus	3	0.5%	-	-	-	-
Obwalden	3	0.5%	1	2.0%	-	-
Jura	1	0.2%	-	-	-	-
Appenzell Ausserrhoden	-	-	2	4.0%	5	6.0%
Thurgau	-	-	1	2.0%	6	7.2%
Appenzell Innerrhoden	-	-	-	-	1	1.2%

Delinquenz

Bereits mindestens ein Delikt begangen zu haben, wurde am häufigsten von den Teilnehmenden der MAZ.-Stichprobe berichtet, gefolgt von den Teilnehmenden aus den Modell- und den Spiegelinstitutionen (Tabelle „Vergleich der selbstberichteten Delikte von Kindern und Jugendlichen in der MAZ.-Stichprobe und Verlaufsstudie“). Dasselbe Muster zeigte sich bei den Eigentumsdelikten, schweren Eigentumsdelikten und Gewaltdelikten. Schwere Gewaltdelikte wurden von den Teilnehmenden aus den Spiegelinstitutionen seltener berichtet als von den Teilnehmenden der anderen beiden Gruppen. Diese Unterschiede waren zu erwarten, da im Rahmen der MAZ.-Untersuchungen mehr Jugendheime und Massnahmenzentren mit älteren, strafrechtlich platzierten Jugendlichen einbezogen waren. Am häufigsten wurden von allen Gruppen Eigentumsdelikte und Sachbeschädigungen berichtet.

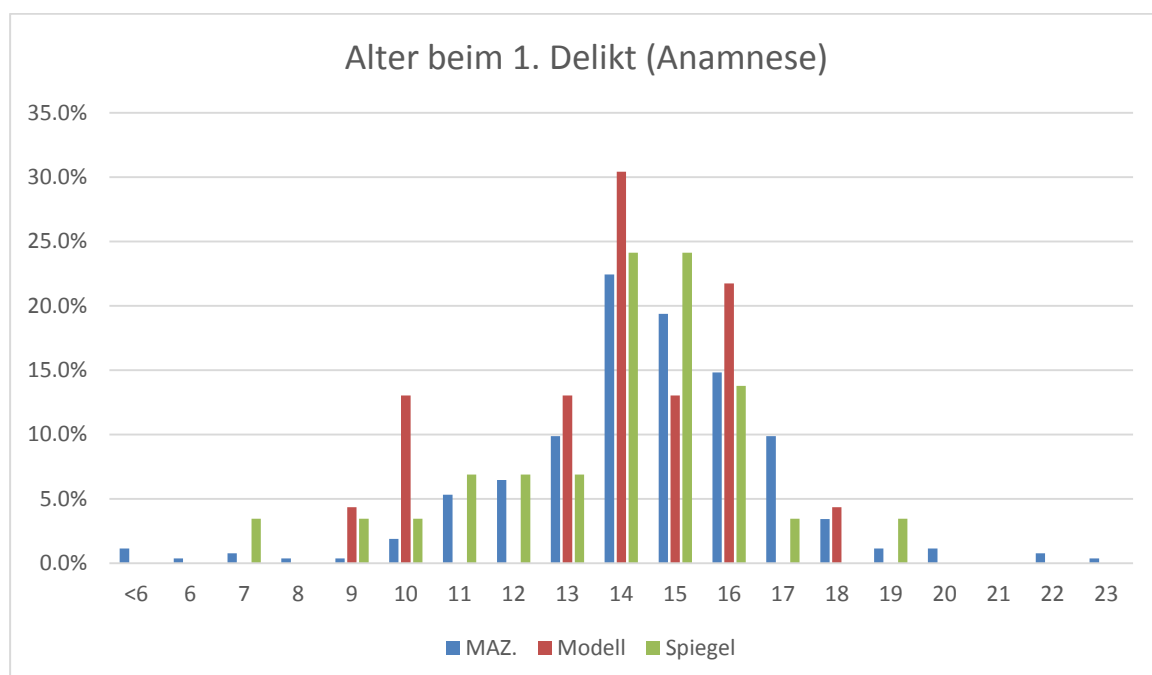
Tabelle: Vergleich der selbstberichteten Delikte von Kindern und Jugendlichen in der MAZ.-Stichprobe und Verlaufsstudie (Modell (n=39), Spiegel (n=74)).

	MAZ.	Verlaufsstudie		Unterschied	
	Häufigkeit (%)	Modell	Spiegel	χ^2 (df)	p
Sachbeschädigung	56.8%	51.3%	43.2%	5.04 (2)	.080
Eigentumsdelikte	77.9%	69.2%	54.1%	20.05 (2)	<.001
Schwere Eigentumsdelikte	45.5%	35.9%	20.3%	17.53 (2)	<.001
Gewaltdelikte	55.9%	51.3%	36.5%	9.81 (2)	.007
Schwere Gewaltdelikte	32.8%	33.3%	10.8%	15.03 (2)	<.001
Sexuelle Delikte	6.1%	2.6%	4.1%	0.64 (2)	.783 [#]
Irgendein Delikt	85.2%	79.5%	67.6%	14.30 (2)	<.001

Anmerkungen: [#] exakter Test nach Fisher

Wichtig zu notieren ist, dass sich Abbildung „Alter beim ersten Delikt nach Angabe der Bezugsperson“ auf einen anderen Fragebogen als Tabelle „Vergleich der selbstberichteten Delikte von Kindern und Jugendlichen in der MAZ.-Stichprobe und Verlaufsstudie“ bezieht. Während Delikte im Selbstbericht erfasst wurden, bezieht sich die folgende Tabelle auf Angaben der Bezugsperson. Das Alter beim ersten Delikt nach Angabe der Bezugsperson im Anamnesebogen wird im Folgenden berichtet.

Abbildung: Alter beim ersten Delikt nach Angabe der Bezugsperson im Anamnesebogen (N(Modell)=23, N(Spiegel)=29).



Die Kurve bezüglich des Alters beim ersten begangenen Delikt stieg laut Anamnesebogen bei Modell- und Spiegeleinrichtungen, wie es auch die Tatverdächtigen-Statistiken und die MAZ.-Studie zeigen, ab dem 14. Lebensjahr deutlich an und nahm bis zum 18. Lebensjahr wieder markant ab (Abbildung „Alter beim ersten Delikt nach Angabe der Bezugsperson“). Das Alter beim ersten Delikt kann somit mehrheitlich der Entwicklungsphase des Jugendalters zugeordnet werden. Ein nicht unerheblicher Anteil von Probanden in Modell- und Spiegeleinrichtungen beging laut Fremdbericht aber bereits im Kindesalter seine ersten strafrechtlich relevanten Delikte (30.8%). Wichtig zu beachten ist, dass es sich dabei nur um den Bezugspersonen bekannte Delikte handelte. Vermutlich ist die Rate der Probanden höher, die bereits im Kindesalter delinquentes Verhalten gezeigt haben. Jugendliche, die bereits als Kind mit schwer delinquentem Verhalten auffielen, haben oft eine besonders schlechte Prognose. Es zeigen sich aber auch hier keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zur MAZ.-Stichprobe, so dass die Stichprobe aus Modell- und Spiegelinstitutionen auch bezüglich Delikten und Alter des ersten Deliktes repräsentativ für die Schweizer Heimlandschaft ist. Diese Repräsentativität im Bereich der Delinquenzentwicklung ist interessant und bedeutsam, da die weitere Entwicklung dieser Jugendlichen aus den traumapädagogischen Institutionen über das Bundesamt für Statistik nachverfolgt werden kann und sich zeigt, dass vorherige Delinquenz den bedeutsamsten Einfluss auf erneute Verurteilungen haben kann. Die Tatsache, dass es hier keine bedeutsamen Unterschiede gibt, zeigt, dass es zukünftig möglich ist, die Stichprobe mit der Grundgesamtheit der MAZ.-Stichprobe zu vergleichen, wenn die „Time@risk“ kontrolliert wird.

Traumatische Lebensereignisse

Mit dem Essener Trauma Inventar (ETI), einem Selbstbeurteilungsfragebogen, wurden die Kinder und Jugendlichen nach traumatischen Lebensereignissen gefragt, die sie persönlich, als Zeuge oder in beiden Lebensformen erfahren haben. Insgesamt berichteten 82 Kinder und Jugendliche (81.2%, N=101 ausgefüllte ETI), mindestens eines der im ETI aufgeführten traumatischen Ereignisse erlebt zu haben.

Tabelle „Traumatische Lebensereignisse im ETI“ gibt einen Überblick, in welcher Häufigkeit die einzelnen Ereignisse auftraten. Am häufigsten wurden in allen drei Gruppen *Tod einer wichtigen Bezugsperson, gewalttätiger Angriff (durch fremde oder bekannte Person), schwere Krankheit, schwerer Unfall, Feuer oder Explosion* sowie *Vernachlässigung, Verwahrlosung* genannt. Die drei Gruppen unterschieden sich nicht voneinander. Lediglich Foltererfahrungen wurden im Modellversuch Traumapädagogik häufiger berichtet als in der bereits einige Jahre zurückliegenden MAZ.-Studie und können vermutlich mit den aktuell höheren Zahlen an Kindern und Jugendlichen, die aus unsicheren Herkunftsländern geflüchtet sind, erklärt werden. Im Durchschnitt erlebten die Kinder und Jugendlichen zwei bis drei Traumata.

Tabelle: Traumatische Lebensereignisse im ETI in der Traumapädagogik Verlaufsstudie differenziert nach Modell- und Spiegeleinrichtungen.

	MAZ.	Verlaufsstudie		Unterschied	
	Häufigkeit (%)	Modell	Spiegel	χ^2 (df)	<i>p</i>
Tod einer wichtigen Bezugsperson	42.9%	30.6%	46.2%	2.48 (2)	.290
Gewalttätiger Angriff (durch fremde Person)	31.5%	47.2%	30.8%	3.84 (2)	.147
Gewalttätiger Angriff (durch bekannte Person)	30.2%	36.1%	26.2%	1.10 (2)	.576
Schwere Krankheit	28.6%	27.8%	36.9%	1.94 (2)	.378
Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion	28.1%	41.7%	24.6%	3.57 (2)	.168
Vernachlässigung, Verwahrlosung	23.6%	30.6%	32.3%	2.84 (2)	.242
Gefangenschaft	17.9%	22.2%	13.8%	1.18 (2)	.555
Naturkatastrophe	17.0%	11.1%	12.3%	1.60 (2)	.449
Sexueller Missbrauch (durch fremde Person)	12.8%	13.9%	16.9%	0.79 (2)	.675
Sexueller Missbrauch (durch bekannte Person)	8.8%	11.1%	7.7%	0.34 (2)	.845
Aufenthalt in einem Kriegsgebiet	2.8%	5.6%	3.1%	1.34 (2)	.471 [#]
Folter	2.1%	12.5%	16.7%	7.53 (2)	.045 [#]
Irgendein Erlebnis	77.1%	77.8%	83.1%	1.15 (2)	.562
Kein Trauma	22.9%	22.2%	16.9%		
Nicht-interpersonelles Trauma	21.4%	13.9%	23.1%	2.45 (4)	.654
Interpersonelles Trauma	55.7%	63.9%	60.0%		
	Mittelwert/Standardabweichung			Unterschied	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	<i>F</i> (df)	<i>p</i>
Anzahl unterschiedlicher Traumata	2.4 (2.1)	2.8 (2.7)	2.5 (1.8)	0.55 (2;218)	.579

Anmerkungen: [#]exakter Test nach Fisher

Mindestens ein interpersonelles Trauma (*gewalttätiger Angriff durch fremde oder bekannte Person, sexueller Missbrauch durch fremde oder bekannte Person sowie Vernachlässigung, Verwahrlosung*) wurde von 56% bis 64% der Kinder und Jugendlichen berichtet (diese können zusätzlich nicht-interpersonelle Traumata erlebt haben). Kein interpersonelles, allerdings mindestens ein nicht-interpersonelles Trauma wurde von 14% bis 23% der Kinder und Jugendlichen berichtet. Von gar keinem traumatischen Erlebnis berichteten lediglich 17% bis 23% der Kinder und Jugendlichen. Schlussendlich zeigen diese Analysen, dass die teilnehmenden Spiegel- und Modellinstitutionen mehrheitlich Klienten betreuen, die bereits traumatische Ereignisse durchleben musste. Dies unterscheidet sie aber nicht von der Gesamtheit der Einrichtungen in der Schweiz, was nochmals die hohe Relevanz von traumasensiblen Konzepten für das Gesamtfeld der Kinder- und Jugendhilfe unterstreicht. Die teilnehmenden Einrichtungen sind somit repräsentativ für das Feld und die Erkenntnisse des Modellversuchs könnten auch auf die gesamte Versorgungslandschaft übertragen werden.

Vergleichbarkeit der Stichproben

Auf Ebene der pädagogischen Fachkräfte gibt es nur wenige Unterschiede zwischen den Modell- und Spiegelinstitutionen: Mehr männliche Mitarbeitende und mehr Mitarbeitende mit eigenen Kindern in den Modellinstitutionen. Beide Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der teilnehmenden Berufsgruppen, des Alters, der Berufserfahrung und der Betriebszugehörigkeit von den Teilnehmenden der anonymen Befragung: Weniger Personen mit sozialpädagogischer Ausbildung und mehr andere soziale Berufe, geringeres Alter, weniger Berufserfahrung und kürzere Betriebszugehörigkeit der Teilnehmenden aus den Modell- und Spiegelinstitutionen. Die drei letztgenannten Variablen sind miteinander konfundiert, d.h. dass weniger Berufserfahrung und kürzere Betriebszugehörigkeit direkt mit dem geringeren Alter der Teams zusammenhängen. Während in den Modell- und Spiegelinstitutionen auch einige nicht-pädagogisch Mitarbeitende teilnahmen, fühlten sich diese bei der anonymen Befragung vermutlich seltener angesprochen.

Auf Ebene der Kinder und Jugendlichen gibt es Unterschiede zwischen den Modell- und Spiegelinstitutionen hinsichtlich des Geschlechts und der Delinquenz: Mehr Jungen und mehr selbstberichtete Delikte in den Modellinstitutionen. Keine Unterschiede wurden bei Alter, Geburtsland, früherer Fremdunterbringung, Unterbringungsgrund und traumatischen Erlebnissen gefunden. Beide Gruppen der Verlaufsstudie unterscheiden sich hinsichtlich des Geschlechts, des Alters und der selbstberichteten Delinquenz von der MAZ.-Studie: Mehr Jungen, höheres Alter und mehr selbstberichtete Delikte in der MAZ.-Stichprobe. Diese Unterschiede lassen sich zumindest teilweise durch den Einschluss junger erwachsener Straftäter aus den Massnahmenzentren in die MAZ.-Stichprobe erklären. Die gute Vergleichbarkeit in den anderen untersuchten Bereichen erleichtert jedoch Rückschlüsse von der Verlaufsstudie auf das grössere heimpädagogische Milieu in der Schweiz.

6.5 Auswertungen

6.5.1 Datenaufbereitung

Die erhobenen Rohdaten wurden zunächst auf Ausreisser kontrolliert. Ausreisser sind Werte, die stark vom Rest der Daten abweichen und die Ergebnisse verzerren können (Field, 2013). Es gibt verschiedene Verfahren, wie mit solchen Extremwerten umgegangen werden kann. Für die folgenden Analysen wurden die Ausreisser durch den letzten Wert ersetzt, der noch innerhalb zwei Standardabweichungen vom Mittelwert liegt. Dieses Verfahren wurde ausschliesslich bei den Daten der Fachkräfte angewendet, da die Stichprobe der Kinder und Jugendlichen für ein solches Verfahren zu klein war. Nach dieser ersten Datensäuberung wurden die Daten bezüglich ihrer Normalverteilung untersucht und gegebenenfalls transformiert. Mit einer Transformation können schiefe Verteilungen der Normalverteilung angenähert werden, ohne dass sich das Verhältnis der Daten verändert. Für die vorliegenden Daten eignete sich die Quadratwurzel-Transformation am besten. Bei Varianzanalysen mit Bootstrap-Verfahren konnte auf eine Transformation verzichtet werden, da Bootstrap-Verfahren die Normalverteilung von Daten simulieren.

Nur wenige Kinder und Jugendliche haben alle drei Messzeitpunkte des Modellversuchs durchlaufen. Eine Analyse über alle Messzeitpunkte macht daher für die Kinder und Jugendlichen wenig Sinn. Um dennoch einen Eindruck von der Entwicklung der psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu bekommen, wurden alle eingeschlossen, die mindestens eine Prä- und eine Postmessungen mitgemacht haben. Als Prämessung wurde dabei stets die Messung zum ersten Messzeitpunkt ver-

wendet, als Postmessung die letztvorhandene. Falls also drei Messzeitpunkte vorhanden waren, wurde der dritte als Postmessung verwendet, falls es nur zwei waren, der zweite. Mit dieser Massnahme konnte die Stichprobengrösse und die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich erhöht werden. Dank computerbasierten Erhebungen bei den Kindern und Jugendlichen konnte deren Bearbeitungsdauer pro Fragebogen erfasst werden. So konnten diejenigen identifiziert werden, die sich lediglich durch die Fragebögen geklickt haben. Da solche Daten gerade bei eher kleinen Stichproben eine grosse Auswirkung auf die Ergebnisse haben können, wurden die Daten der Kinder und Jugendlichen mit sehr geringer Bearbeitungsdauer aus den Analysen ausgeschlossen. Da es offiziell keine Grenzwerte für die Bearbeitungsdauer gibt, wurden diese anhand der Anzahl Fragen definiert. Nähere Informationen zu den Grenzwerten befinden sich in folgender Tabelle.

Tabelle: Grenzwerte für eine adäquate Bearbeitungsdauer in Abhängigkeit der Fragebogenlänge

Fragebogen	Anzahl Fragen	Kleinste akzeptierte Bearbeitungsdauer
CBCL	120	4 min
YABCL	129	4 min
YSR	120	4 min
YASR	131	4 min
RPQ	10	40 sec
YPI	50	2 min

6.5.2 Statistische Analyseverfahren

Über alle Analyseverfahren wurde der α -Fehler auf 0.05 festgelegt. Das bedeutet, dass ein signifikanter Unterschied zweier Gruppen zu weniger als 5% auf Zufall zurückzuführen ist. Da die Signifikanz abhängig von der Stichprobengrösse ist, wurde zusätzlich die Effektstärke angegeben, um das Ausmass der Veränderung einzuschätzen. Folgende Tabelle enthält Informationen, um die Effektstärken deuten zu können. Die Effektstärke ist ein wichtiger Indikator für die Bedeutsamkeit von Untersuchungsergebnissen und die Beschreibung der Wirkung von Interventionen. Angaben in Effektstärken haben den Vorteil, dass sie Aussagen zur Wirkung von Interventionen in kleinen Stichproben erlauben und Vergleiche von unterschiedlichen Studien, die mit unterschiedlichen psychometrischen Testverfahren arbeiten, ermöglichen. In Abhängigkeit von den eingehenden Daten (Skalierung, Normalverteilung) gibt es unterschiedliche Wege, Effektstärken zu berechnen. Bei der Interpretation von Effektstärken ist zu beachten, dass die Bedeutung von Effektstärken nicht nur vom statistischen Effekt sondern auch von der Bedeutsamkeit der Wirkung für die Zielgruppe abhängig ist und deshalb stets die klinischen und statistischen Parameter gemeinsam diskutiert werden müssen (Hattie, 2009). Die meisten psychotherapeutischen Verfahren weisen mittlere Effekte, in gut konzipierten Studien auch grosse Effekte aus, viele, als sehr bedeutsam geltende Behandlungsverfahren aus der somatischen Medizin erreichen solche Effektstärken bei weitem nicht (Margarf, 2009; Leichsenring & Rabung, 2008). Beispielsweise liegen die Effektstärken (Cohen's d) für eine Chemotherapie bei Brust-

krebs bei .50 und für eine Bypass-Operation .70. Viele etablierte medikamentöse Behandlungen zeigen sehr kleine Effekte, zum Beispiel Aspirin zur Prävention von Gefässerkrankung .07 (Margraf, 2009; Leichsenring & Rabung, 2008). Für Untersuchungen in der Heimerziehung mit heterogener Klientel und recht unspezifischen Zielkriterien sind daher mittlere Effektstärken bereits ein Zeichen für eine immens erfolgreiche Intervention.

Tabelle: Einschätzung der verschiedenen Effektstärke

Effektstärke	Wert	Deutung
r	.10-.29	Schwacher Effekt
	.30-.49	Mittlerer Effekt
	≥.50	Grosser Effekt
n ² _p	.01-.05	Schwacher Effekt
	.06-.13	Mittlerer Effekt
	≥.14	Grosser Effekt
Cohen's d	.20-.49	Schwacher Effekt
	.50-.79	Mittlerer Effekt
	≥.80	Grosser Effekt
Cramer's V	.10-.29	Schwacher Effekt
	.30-.49	Mittlerer Effekt
	≥.50	Grosser Effekt

Die Wahl der statistischen Verfahren war abhängig von der Fragestellung, sowie den statistischen Voraussetzungen der Daten. Parametrische Verfahren wurden vor nichtparametrischen bevorzugt, falls deren Voraussetzungen erfüllt waren, da parametrische Verfahren eine grössere Teststärke besitzen. Das bedeutet, dass signifikante Unterschiede eher mit parametrischen Verfahren gefunden werden als mit nichtparametrischen, falls diese Unterschiede wirklich bestehen. Dies gilt allerdings nur, wenn die Stichproben ausreichend gross und die Daten normalverteilt sind. Für die Analyse von kleinen Stichproben oder schiefverteilten Daten wurden nichtparametrische Verfahren verwendet oder gänzlich auf die Verwendung von Signifikanztests verzichtet.

Für den Vergleich von Merkmalsausprägungen zwischen mehreren Gruppen wurden χ^2 Tests gerechnet. Dieser Test gibt Auskunft darüber, ob ein Merkmal in beiden Gruppen gleich häufig auftritt oder ob das Merkmal in einer Gruppe häufiger vorkommt. Ein signifikantes Ergebnis deutet auf eine unterschiedliche Verteilung der Merkmalsausprägung hin. Als entsprechende Effektstärke wurde Cramer's V berechnet.

Veränderungen über zwei Messzeitpunkte wurden entweder mit Varianzanalysen (parametrisches Verfahren) oder mit dem Wilcoxon-Test (nichtparametrisches Verfahren) berechnet. Bei Varianzanalysen wird der Verlauf der Gruppen über die Zeit verglichen. Ein signifikantes Ergebnis spricht für eine bedeutsam verschiedene Entwicklung der Gruppen. Zudem bietet dieses Verfahren die Möglichkeit mittels Berechnung der Kontraste zu bestimmen, ob die Veränderung einer Gruppe über die Zeit bedeutsam ist. Zur Einschätzung des Effekts wird die Effektstärke n²_p angegeben. Varianzanalysen können auch für die Analyse von mehr als zwei Messzeitpunkten oder für den Vergleich mehrerer Gruppen verwendet werden. Der nichtparametrische Wilcoxon-Test hingegen vergleicht lediglich die

Prä- und Postwerte einer Gruppe. Die Ergebnisse sagen aus, ob es in dieser Gruppe eine bedeutsame Veränderung gegeben hat. Für die Einordnung des Effekts wurde die Effektstärke r angegeben.

Gruppenvergleiche zwischen Spiegel- und Modellinstitutionen zu einem Messzeitpunkt wurden bei erfüllten Voraussetzungen mit t-Tests berechnet. Ein signifikantes Ergebnis steht für einen bedeutsamen Gruppenunterschied. Als entsprechende Effektstärke wurde Cohen's d angegeben.

Zusammenhänge zwischen zwei Variablen wurden mittels Korrelation nach Pearson bestimmt. Der Korrelationskoeffizient r ist gleichzeitig die Effektstärke.

7 Ergebnisse der Verlaufsstudie

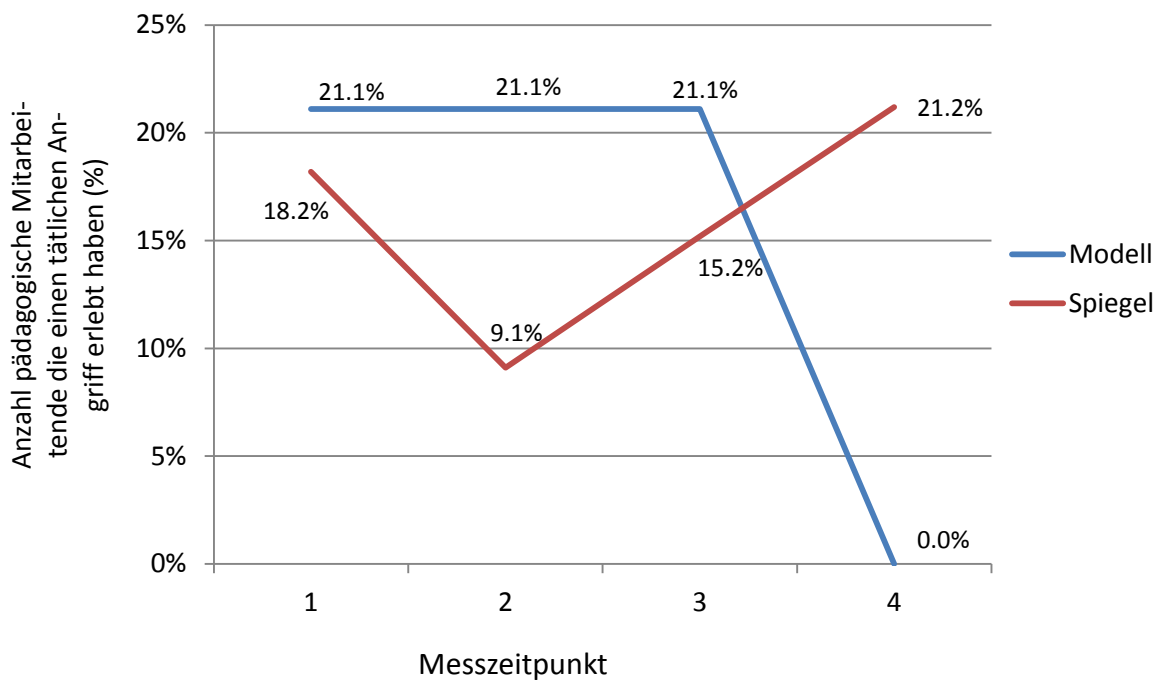
7.1 Ebene der Mitarbeitenden

Verändert sich die Anzahl körperlicher Angriffe auf Mitarbeitende durch betreute Kinder und Jugendliche mit der Einführung von Traumapädagogik?

Bei der anonymen Befragung ($N=154$) gaben 28.1% an, in den letzten drei Monaten einen körperlichen Angriff erlebt zu haben. Dazu gehörte, getreten (14.3%), gebissen (7.1%), mit Gegenständen beworfen (23.6%) oder mit einer Waffe angegriffen (5.8%) worden zu sein. Bei drei Personen (1.9%) war eine medizinische Behandlung notwendig.

Im Folgenden wurde untersucht, welcher Anteil der pädagogischen Mitarbeitenden in der Verlaufsstudie pro Messzeitpunkt von körperlichen Angriffen berichtete (Abbildung „Drei-Monatsprävalenz von körperlichen Angriffen gegenüber Mitarbeitenden“). Eingeschlossen wurden Teilnehmende, die über den ganzen Verlauf in ihrer jeweiligen Modell- oder Spiegeleinrichtung anwesend waren. In einem nächsten Schritt wurden die Unterschiede zwischen den angegebenen Prävalenzen pro Messzeitpunkt verglichen (Tabelle „Vergleich der Anteile von päd. Mitarbeitende...“).

Abbildung: Drei-Monatsprävalenz von körperlichen Angriffen gegenüber Mitarbeitenden in Modell- und Spiegeleinrichtungen bei jedem Messzeitpunkt (N(Modell)=19, N(Spiegel)=33).



Die Prävalenzen der körperlichen Angriffe in den Modell- und Spiegeleinrichtungen unterschieden sich bei den ersten drei Messzeitpunkten nicht bedeutend voneinander und waren auch nicht geringer als jene der anonymen Befragung. Zum vierten Messzeitpunkt wurde eine deutliche Abnahme der körperlichen Angriffe in den Modellinstitutionen berichtet, wobei sich dieser Wert zum vierten Messzeitpunkt signifikant vom Wert zum vierten Messzeitpunkt in den Spiegeleinrichtungen (21.2%) und vom Wert der anonymen Befragung (28.1%; $\chi^2(1)=7.94$; $p=.019$) unterschied. Natürlich sind die Fallzahlen beim vierten Messzeitpunkt sehr klein, trotzdem ist es gerade auch vor dem Hintergrund der in den qualitativen Interviews berichteten Veränderungen im Kontakt zu den Jugendlichen nicht wirklich überraschend, dass sich die Zahl der Grenzverletzung deutlich reduzierte. Der Effekt ist durch die kleine Stichprobe sicher überzeichnet, aber es ist schon festzuhalten, dass ein traumasensibler, beziehungsorientierter pädagogischer Zugang das Risiko für Grenzverletzungen gegenüber Fachkräften offensichtlich reduzieren kann.

Tabelle: Vergleich der Anteile von päd. Mitarbeitende, die in Modell- und Spiegeleinrichtungen bei jedem Messzeitpunkt körperliche Angriffe berichten.

	Verlaufsstudie ²			Unterschied ¹
	Modell (n=19)	Spiegel (n=33)	Häufigkeit (%)	
			χ^2 (df)	p
MZP 1	21.1%	18.2%	0.06 (1)	1.000
MZP 2	21.1%	9.1%	1.48 (1)	.400
MZP 3	21.1%	15.2%	0.29 (1)	.708
MZP 4	0.0%	21.2%	4.66 (1)	.039*

¹ Eingeschlossen wurden Mitarbeitende, die bei allen Messzeitpunkten Daten haben.

*p < .05

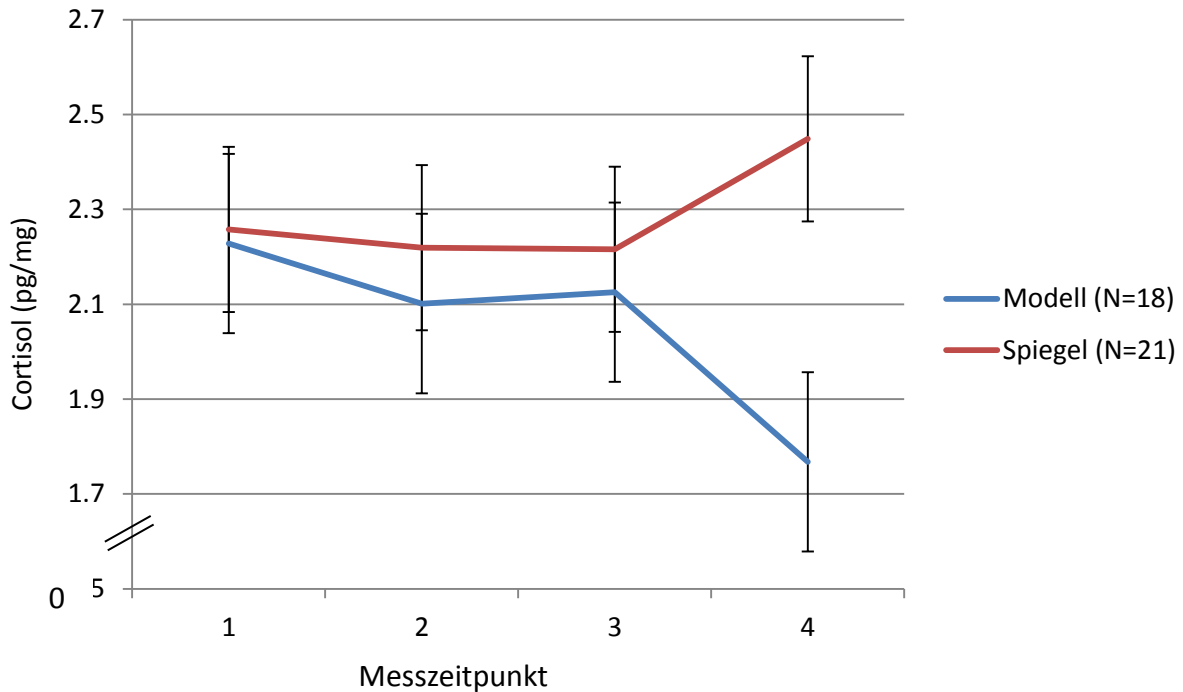
Welchen Einfluss hat die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf die körperliche Stressreaktion?

Die psychische und physische Gesundheit hängt mit psychophysiologischen Stressbewältigungsprozessen zusammen. Cortisol ist das weitgehend bekannteste und meist untersuchte dieser körperlichen Stresshormone. Es wird von der Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenrinde-Achse (engl. HPA-Axis) ausgeschüttet und beeinflusst und ermöglicht die effiziente Bewältigung von Stress (De Kloet et al., 2005; Gow et al., 2010; Staufenbiel et al., 2013; Miller, Chen & Zhou, 2007). Sehr gravierende, unkontrollierbare oder langanhaltende Stressumstände können jedoch zu einer Fehlregulation der HPA-Axis führen, bei der Cortisol über- oder unterproduziert wird (Miller, Chen & Zhou, 2007). Verschiedene Studien haben zum Beispiel erhöhte Cortisol-Werte nach traumatischen Lebensereignissen oder Naturkatastrophen, bei Depressionen, Angststörungen und chronischem Stress berichtet (Review: Guilliams & Edwards, 2010; Staufenbiel, Penninx, Spijker, Elzinga & Rossum, 2013).

Daraus folgte die Frage, ob Verbesserungen nach der Implementierung von traumapädagogischen Konzepten nicht nur subjektiv berichtet werden können, sondern auch eine Auswirkung auf das objektive Stressempfinden hatte. Die Ausschüttung des Stresshormons Cortisol über die letzten 1.5 Monate kann über die Abbauprodukte in den Haaren zu jedem Messzeitpunkt erfasst werden. In untenstehender Abbildung ist das durchschnittliche Haarcortisol bei Mitarbeitenden in Modell- und Spiegeleinrichtungen zu jedem Messzeitpunkt dargestellt. Um einen vollständigen Verlauf abbilden zu können, wurden nur Teilnehmende, die zu jedem Messzeitpunkt eine Haarprobe abgegeben haben, in die Berechnung eingeschlossen. Aufgrund der interindividuellen Variabilität von Cortisol-Werten, wurde das Alter und Geschlecht der Teilnehmenden in der Berechnung berücksichtigt und dafür kontrolliert.

Abbildung: Durchschnittliche Cortisolausschüttung im Haar der sozialpädagogischen Fachkräfte:

Die Messungen beziehen sich jeweils in den letzten 1.5 Monaten vor der Haarentnahme in Modell- und Spiegeleinrichtungen. Kovariablen: Alter und Geschlecht. Fehlerbalken: Standardfehler



Wenn das Haarcortisol bei Mitarbeitenden in Modell- und Spiegeleinrichtungen im Verhältnis zueinander untersucht wird, findet man bei mittlerer Effektstärke statistisch signifikante Unterschiede im Verlauf, wobei das durchschnittliche Haarcortisol bei Mitarbeitenden in Modelleinrichtungen über die Verlaufsstudie hinweg abnahm, und dasjenige von Mitarbeitenden in Spiegeleinrichtungen konstant höher blieb ($F(3, 105)=3.37$; $p=.021$; $\eta^2p=0.09$). Unabhängig voneinander betrachtet, ist die leichte Zunahme der durchschnittlichen Cortisolausschüttung bei den Spiegeleinrichtungen zwischen dem ersten und letzten Messzeitpunkt statistisch nicht bedeutsam und könnte auch durch Zufall entstanden sein ($p=.140$). Hingegen lag das durchschnittliche Haarcortisol in den Modelleinrichtungen beim vierten Messzeitpunkt im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt deutlich tiefer ($p=.002$).

Während der ersten drei Messzeitpunkte waren die Haarcortisol-Werte in den Modell- und Spiegeleinrichtungen sehr vergleichbar. Erst zwischen dem dritten und vierten Messzeitpunkt gab es deutliche Unterschiede. Aus diesen Ergebnissen kann man schliessen, dass die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auch mit einer Abnahme des unbewussten körperlichen Stressempfindens zusammenhängt. Dies scheint sich mit anderen quantitativen und qualitativen Ergebnissen zu decken. Zum Beispiel nahmen auch die Neuentwicklungen von Burnout-Risiken und körperliche Angriffe zwischen den letzten beiden Messzeitpunkten der Verlaufsstudie deutlich ab, welche vermutlich eng mit körperlichen Stressreaktionen assoziiert sind.

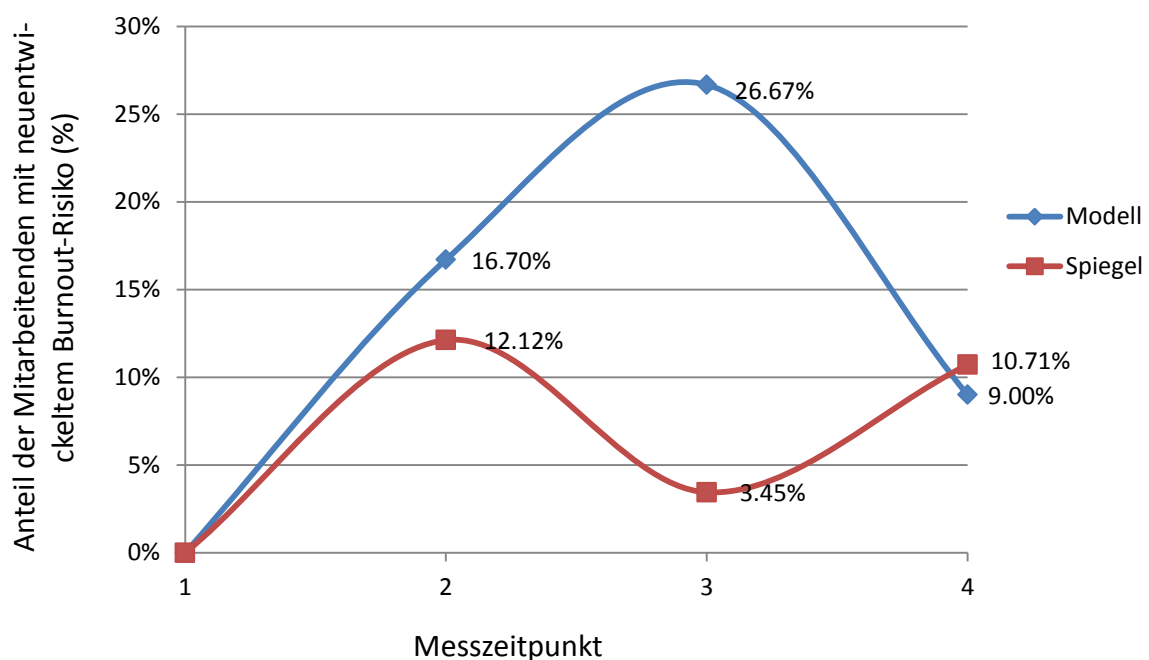
Welchen Einfluss hat die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf das Burnout-Risiko bei Mitarbeitenden?

Zu Beginn der Verlaufsstudie Ende 2012 hatten 10 Mitarbeitende der Modellinstitutionen und 18 Mitarbeitende der Spiegeleinrichtungen ein Burnout-Risiko. Zwei Drittel dieser Mitarbeitenden waren drei Jahre später nicht mehr in der Institution. Bei denjenigen, die noch da waren, reduzierte sich die Burnout-Symptomatik in den Modellinstitutionen stärker als in den Spiegeleinrichtungen.

Im Weiteren wurde untersucht, welcher Anteil der unauffälligen Mitarbeitenden im Verlauf der Studie neu ein Burnout-Risiko entwickelten. Eingeschlossen wurden Teilnehmende, die zu Beginn der Verlaufsstudie keine auffälligen Werte auf der Skala Beruf hatten und für den ganzen Verlauf anwesend waren.

Abbildung: Entwicklung des Burnout-Risikos in Spiegel- und Modellinstitutionen im Verlauf

Anteil der unauffälligen Mitarbeitenden die im Verlauf der Studie neu ein Burnout-Risiko entwickeln (N(Modell)=18; N(Spiegel)=33).



Von den Mitarbeitenden, die zu Beginn der Verlaufsstudie unauffällig waren, entwickelten beim zweiten Messzeitpunkt 16.7% der Teilnehmenden in den Modell- und 12.12% der Teilnehmenden in den Spiegeleinrichtungen ein Burnout-Risiko. Die Neuentwicklung eines Burnout-Risikos war demzufolge in beiden Stichproben sehr ähnlich.

Von denen, die beim zweiten Messzeitpunkt weiterhin unauffällig waren, entwickelten jedoch bis zum dritten Messzeitpunkt in den Modelleinrichtungen 26.67% und in Spiegeleinrichtungen nur 3.45% erstmals ein Burnout-Risiko. Wie in der Abbildung „Entwicklung des Burnout-Risikos in Spiegel- und Modellinstitutionen im Verlauf“ ersichtlich, nahm der Anteil an neu-entwickelten Burnout-Risiken in den Modelleinrichtungen deutlich zu. Die Teilnahme an der Verlaufsstudie ging mit einer immensen zusätzlichen Belastung für die Mitarbeitenden der Modelleinrichtungen einher. Einkalku-

lierte, aber unvermeidliche Belastungen durch Abwesenheiten für die Weiterbildungen und Klausur-tage akkumulierten sich, teilweise kamen noch Leitungswechsel und interne Umstrukturierungen dazu. Ausserdem führte jeder Konzeptwechsel zu einer Phase der Verunsicherung, in der die neuen Konzepte noch nicht vollentwickelt sind, welche bei den Teilnehmenden Zweifel und Unsicherheit auslösen und den Stress erhöhen können. Diese zusätzliche Belastung für die Mitarbeitenden in den Modelleinrichtungen spiegelt sich im zunehmenden Anteil neu entwickelter Burnout-Risiken während der ersten beiden Messzeitpunkte wieder.

Dieser erhöhte Anteil an neu-entwickeltem Risiko blieb jedoch in den Modelleinrichtungen nicht bestehen: Von denjenigen, die bis zum dritten Messzeitpunkt noch nie ein Burnout-Risiko hatten, entwickelten nur noch 9.00% bis zum vierten Messzeitpunkt eines. Dieser Anteil scheint sich dem der Spiegeleinrichtungen (10.71%) wieder anzunähern, ähnlich wie bei den körperlichen Angriffen und beim Verlauf der neurobiologischen Stressparameter am Beispiel der Cortisolausschüttung (vgl. Abbildung „Durchschnittliche Cortisolausschüttung im Haar der sozialpädagogischen Fachkräfte“) scheint die Belastung zum vierten Messzeitpunkt wieder deutlich abzunehmen.

In Anbetracht der Ergebnisse, scheint eine Grundfluktuation von Burnout-Risiko unvermeidbar zu sein. Obwohl die zusätzliche Belastung, die mit der Implementation der Verlaufsstudie einherging, auch Auswirkungen auf die Neuentwicklung von Burnout-Risiken zu haben scheint, waren dies temporäre Belastungen, die keine tragenden Konsequenzen haben.

Ändert sich der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit bei zunehmender Erfahrung mit traumapädagogischen Konzepten?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde für jeden Messzeitpunkt der Zusammenhang zwischen der Anzahl unterschiedlicher Belastungen bei der Arbeit (Grenzverletzungen gegenüber Mitarbeitenden, gewalttätige und sexuelle Übergriffe zwischen Kindern und Jugendlichen sowie selbstverletzendes und suizidales Verhalten der Kinder und Jugendlichen) und dem Gesamtwert der Arbeitszufriedenheit überprüft.

Pearson Korrelationen wurden für Modell- und Spiegeleinrichtungen für jeden Messzeitpunkt berechnet, und anhand des Vergleich-Verfahrens von Eid, Gollwitzer & Schmitt (2011) verglichen. Um möglichst viele Teilnehmer einschliessen zu können, wurden alle vorhandenen Daten berücksichtigt, daher unterscheiden sich Stichprobengrößen zwischen Messzeitpunkten. Die graphischen Darstellungen in Abbildung „Zusammenhang zwischen Belastungen an der Arbeit und Arbeitszufriedenheit zu jedem Messzeitpunkt in Modell- und Spiegeleinrichtungen“ wurden mit Hilfe des PROCESS Programms von Hayes (2012) generiert. In Tabelle „Zusammenhang zwischen Anzahl unterschiedlicher Arbeitsbelastungen“ sind die Korrelationen pro Messzeitpunkt unterschieden nach Modell- und Spiegeleinrichtungen, sowie die Korrelationsvergleiche abgebildet. Es ist zu berücksichtigen, dass Signifikanzen abhängig von Stichprobengröße sind, und daher trotz ähnlichen Korrelationen, sich zwischen Modell- und Spiegeleinrichtungen unterscheiden können.

Tabelle: Zusammenhang zwischen Anzahl unterschiedlicher Arbeitsbelastungen und der gesamter Arbeitszufriedenheit in Modell- und Spiegeleinrichtungen pro Messzeitpunkt

	Verlaufsstudie							
	Modell			Spiegel			Unterschied	
	<i>N</i>	<i>r</i>	p^1	<i>n</i>	<i>r</i>	p^1	<i>z</i>	<i>p</i>
MZP 1	54	-.174	.208	104	-.254	.009**	0.49	.624
MZP 2	52	-.307	.027*	90	-.370	<.001***	0.40	.689
MZP 3	34	-.484	.004**	63	-.257	.042*	-1.20	.230
MZP 4	21	-.134	.562	42	-.441	.003**	1.19	.234

¹ Bootstrap Ergebnisse basieren auf 1,000 Bootstrap Stichproben

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

Über alle Zusammenhänge hinweg zeigt sich eine zu erwartende negative Korrelation zwischen Arbeitsbelastungen und Arbeitszufriedenheit. Dies bedeutet, je mehr unterschiedliche Arbeitsbelastungen von Mitarbeitenden berichtet wurden, desto niedriger war die Arbeitszufriedenheit insgesamt.

In Spiegeleinrichtungen war dieser Zusammenhang zu allen Messzeitpunkten statistisch signifikant. Eine verursachende Wirkung kann jedoch nicht angenommen werden, da die Richtung des Einflusses ungewiss bleibt. Dennoch standen Arbeitsbelastungen mit der Arbeitszufriedenheit von Mitarbeitenden in Beziehung zueinander, unabhängig davon, wann sie in der Verlaufsstudie dazugekommen sind.

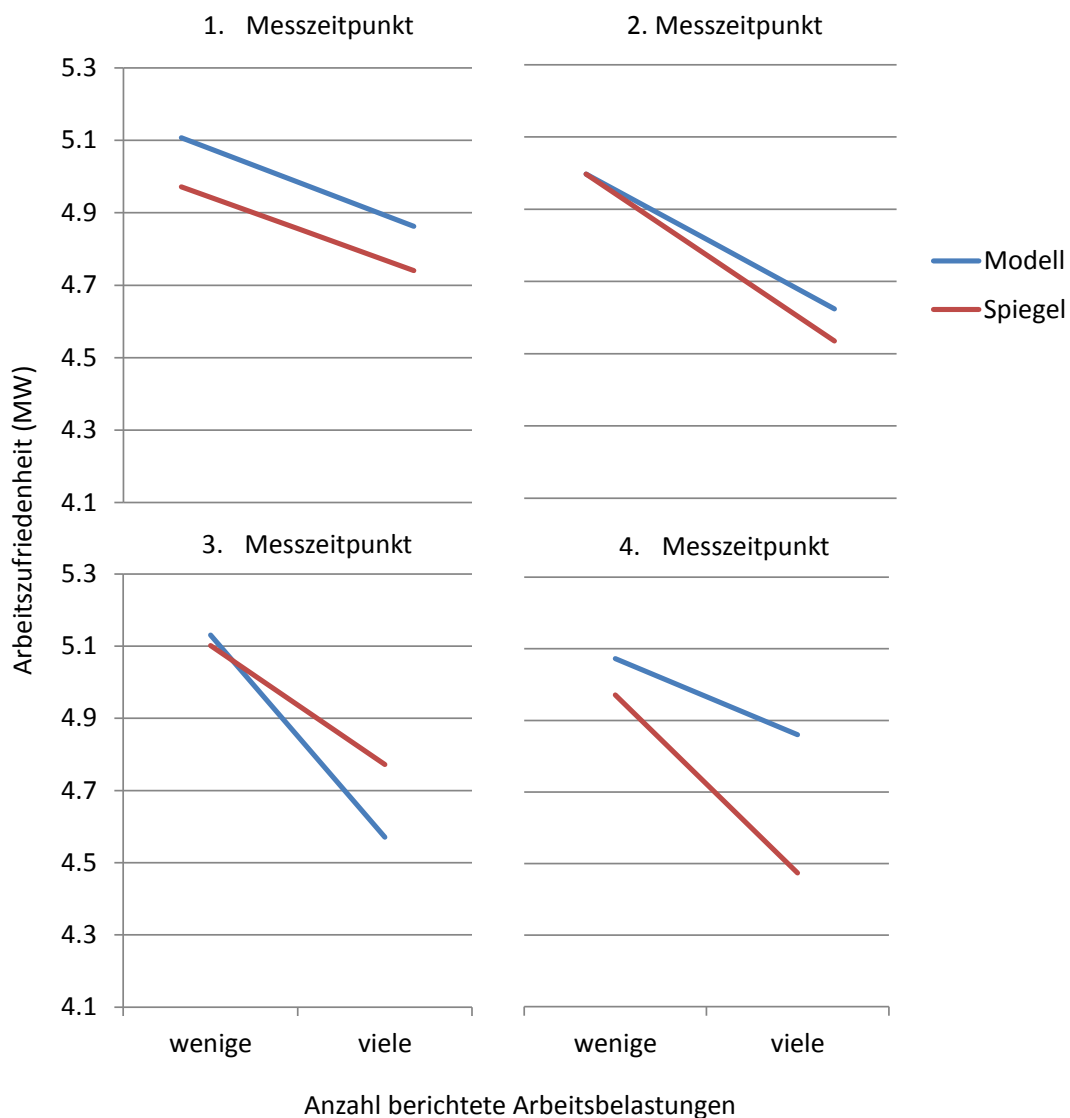
In den Modellinstitutionen zeigt sich ein anderes Bild. Zu Beginn ist der Zusammenhang in etwa gleich stark wie in den Spiegelinstitutionen. Er steigt dann im zweiten und dritten Jahr sogar noch etwas an. Dies deutet darauf hin, dass eine höhere Arbeitsbelastung in der Implementierungsphase etwas schlechter toleriert werden konnte und einen negativen Effekt auf die Arbeitszufriedenheit hatte. Beim vierten Messzeitpunkt nahm der Zusammenhang aber sehr stark ab. Nach Abschluss der Implementierung der traumapädagogischen Konzepte gelingt es den Mitarbeitenden der Modellinstitutionen dann aber offenbar sehr viel besser - auch im Vergleich zu den Mitarbeitenden der Spiegelinstitutionen - mit den Belastungen umzugehen, denn die Arbeitszufriedenheit sinkt bei höherer Belastungszahl weniger stark ab (siehe Abbildung „Zusammenhang zwischen Belastungen an der Arbeit und Arbeitszufriedenheit“).

Die Korrelationen unterscheiden sich zwischen Modell- und Spiegeleinrichtungen zwar nicht signifikant, jedoch driften diese beim dritten und vierten Messzeitpunkt deutlich mehr auseinander, was zu Veränderungen im Umgang mit Arbeitsbelastungen hindeuten kann.

Fazit

Auch bezüglich des Zusammenhangs zwischen Belastungen und Arbeitszufriedenheit zeigt sich, dass die Implementierungsphase für die teilnehmende Institutionen keine einfache Zeit war, sich die Investitionen aber gelohnt haben, da die Teams am Ende Belastungen tendenziell besser tolerieren konnten und bei ähnlichen Belastungen eine höhere Arbeitszufriedenheit aufwiesen.

Abbildung: Zusammenhang zwischen Belastungen an der Arbeit und Arbeitszufriedenheit zu jedem Messzeitpunkt in Modell- und Spiegeleinrichtungen.



Wirkt sich die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf die Selbstwirksamkeit der sozialpädagogischen Fachkräfte aus?

Die Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt die Überzeugung von den eigenen Fähigkeiten, um geplante Ziele zu erreichen (Bandura, 1997). Laut Bandura werden Menschen weniger durch objektive Tatsachen als durch ihre eigenen Überzeugungen beeinflusst und diese Überzeugungen beeinflussen wiederum unsere Interessen, Motivation, Verhalten und emotionale Befindlichkeit. Die Selbstwirksamkeit ist demzufolge wichtig für die Arbeit und die Bewältigung von schwierigen Umständen (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Untersucht wurde, ob sich die Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden in den Modelleinrichtungen während der Verlaufsstudie von der Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden in Spiegeleinrichtungen unterscheidet.

Tabelle: Vergleich der durchschnittlichen Selbstwirksamkeitserwartung von Mitarbeitenden in Modell- und Spiegeleinrichtungen zu jedem Messzeitpunkt.

	Verlaufsstudie ²			
	Modell (n=18)	Spiegel (n=21)	Unterschied ¹	
	M (SD)		t (df)	p
MZP 1	54.2 (6.8)	54.7 (8.3)	0.20 (1)	.840
MZP 2	55.2 (9.4)	54.8 (7.4)	0.15 (1)	.881
MZP 3	54.1 (10.2)	57.4 (7.4)	-1.16 (1)	.254
MZP 4	55.6 (7.4)	54.7 (6.5)	0.40 (1)	.690

¹ Bootstrap Ergebnisse basieren auf 1,000 Bootstrap Stichproben

² Eingeschlossen wurden Mitarbeitende, die bei allen Messzeitpunkten Daten haben.

*p < .05

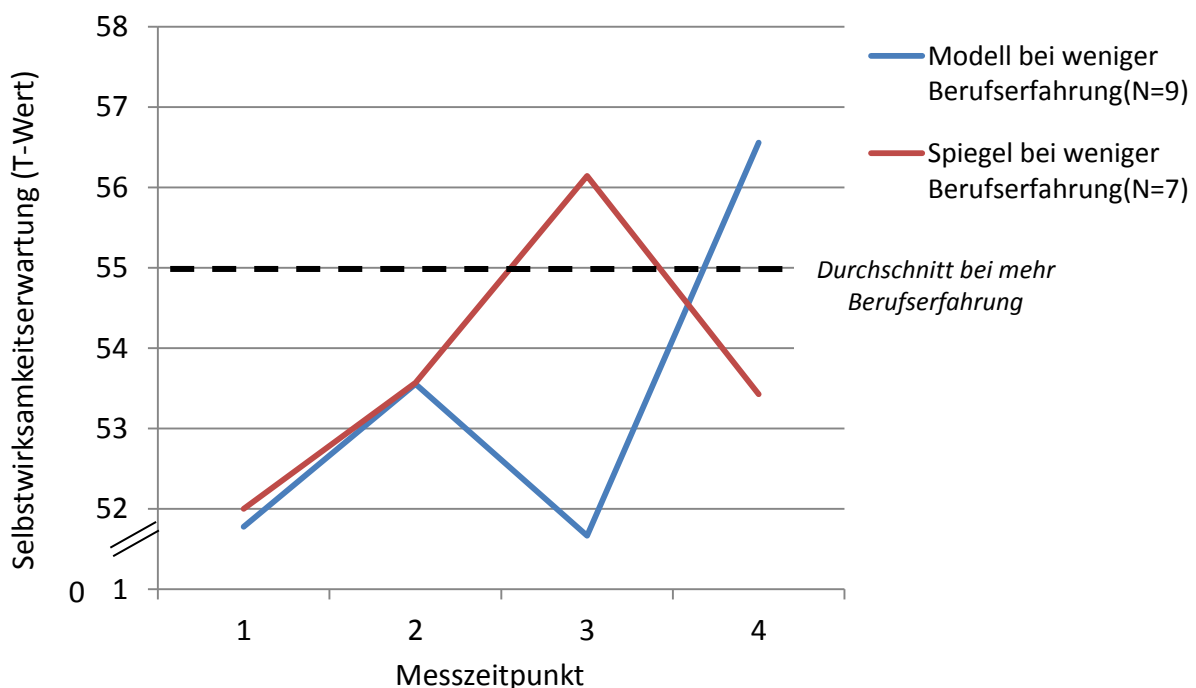
Die durchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung von Mitarbeitenden in Modell- und Spiegeleinrichtungen unterscheidet sich zu Beginn der Verlaufsstudie nicht voneinander und auch nicht von der anonymen Befragung (M(SD)=54.41 (8.0); F(2)=0.85; p=.919). Dieses Muster wiederholt sich auch bei den darauf folgenden Messzeitpunkten, wobei sich die durchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung von Mitarbeitenden zwischen Modell- und Spiegeleinrichtungen statistisch über alle Mitarbeitenden hinweg nicht unterscheidet. Über alle Teilnehmenden, die zu allen Messzeitpunkten der Verlaufsstudie den Fragebogen beantwortet haben, blieb die Selbstwirksamkeit weitgehend hoch und stabil. Diese Berechnung berücksichtigt jedoch keine weiteren Faktoren wie z.B. Berufserfahrung.

Anhand Lehrer-Untersuchungen wurde bereits etabliert, dass sich mit zunehmender Berufserfahrung auch die Selbstwirksamkeitserwartung steigert (Klassen & Chiu, 2010; Tschannen-Moran & Woolfolk, 2007; Wolters & Daugherty, 2007). Berufseinsteiger brauchen einige Zeit, bis sie sich mit ihrer Arbeit wohl fühlen und genügend Sicherheit in ihrem eigenen Handeln erfahren. Traumapädagogische Konzepte zielen unter anderem darauf ab, die Selbstwirksamkeitserwartung von Mitarbeitenden zu stärken. Es stellte sich die Frage, ob Teilnehmende mit weniger Berufserfahrung, die noch eher in ihrem eigenen Handeln verunsichert sind, besonders von dieser Stärkung profitieren könnten. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass eine fachliche Weiterqualifikation bei jüngeren bzw. weniger erfahrenen Mitarbeitenden grössere Wirkungen erzielen können, sei es weil schlicht noch mehr Handlungswissen

hinzugewonnen werden, weil sich der persönliche Stil noch stärker verändern, weil jüngere Mitarbeitende noch offener für Veränderungen oder begeisterungsfähiger für neue pädagogische Konzepte und Theorien sein könnten. Andererseits könnte es auch sein, dass sehr erfahrene Fachkräfte, die schon lange mit Freude in der stationären Kinder- und Jugendhilfe arbeiten, sowieso bestimmte persönliche Eigenschaften haben, die die Resilienz befördern und die sich deshalb auch unter optimaler Förderung weniger stark verbessern können. Aus den Kursen und den Projekttagen entstand auch beim Projektteam der Eindruck, dass jüngere Fachkräfte noch etwas enthusiastischer teilnehmen und von der traumapädagogischen Weiterbildung in besonderem Mass profitierten. Auch die erfahreneren Teilnehmer waren sehr motiviert und offen, sie verknüpften Aspekte der Traumapädagogik aber oft mit anderen Weiterbildungen, die sie bereits absolviert hatten.

Mitarbeitende, die zu allen Messzeitpunkten Daten hatten (N (Modell)=18, N(Spiegel)=21), wurden durch ein Median-split-Verfahren in zwei Gruppen unterteilt: Mitarbeitende mit weniger und Mitarbeitende mit mehr Berufserfahrung. Teilnehmende mit fünf Jahren oder weniger Berufserfahrung galten somit als diejenigen mit weniger Berufserfahrung. Der Verlauf der Selbstwirksamkeit dieser Gruppe ist in der folgenden Abbildung abgebildet. Aufgrund der sehr kleinen Stichproben werden Ergebnisse lediglich deskriptiv beschrieben. Die Verläufe in Abbildung „Durchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung“ sind aufgrund der sehr kleinen Stichproben mit äusserster Vorsicht zu betrachten.

Abbildung: Durchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung bei Sozialpädagogen mit fünf oder weniger Jahren Berufserfahrung in Modell- und Spiegeleinrichtungen. Im Vergleich: Durchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung bei Sozialpädagogen mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung aus der epidemiologischen Studie (n=180).



Wie erwartet, war die durchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung von Teilnehmenden mit weniger Berufserfahrung zu Beginn der Verlaufsstudie deutlich niedriger als der Durchschnitt bei mehr Berufserfahrung. Die Werte der Modell- und Spiegeleinrichtungen waren sehr ähnlich. Bis zum zweiten Messzeitpunkt stieg die Selbstwirksamkeitserwartung in beiden Gruppen an, was wahrscheinlich auf die zunehmende Arbeitserfahrung und Zeit in der Institution zurückzuführen ist. Bis zum dritten Messzeitpunkt stieg die Selbstwirksamkeitserwartung in den Spiegeleinrichtungen weiterhin an und näherte sich dem Durchschnitt bei mehr Berufserfahrung an. Dieser Anstieg nahm jedoch zwischen dem dritten und vierten Messzeitpunkt wieder stark ab, was mit früheren Studien einhergeht, die berichten, dass viele Heimmitarbeitende aufgrund von Überlastung und Unzufriedenheit nicht selten nach drei Jahren wieder die Stelle wechseln (Schoch, 1989; Sell & Kersting, 2010; Schmid, 2012). Der Zugewinn an Erfahrung, Selbstwirksamkeit und neuen Handlungsmöglichkeiten haben nach zwei Jahren vermutlich ein Plateau erreicht und es findet kein automatischer weiterer Zugewinn im Arbeitsalltag statt. Andererseits wird die Arbeit nach den ersten zwei Jahren zunehmend zur Routine und man reflektiert seine persönliche Belastungsgrenze und die aktuellen Belastungen kritischer. Deshalb ist es nachvollziehbar und wichtig, in dieser Phase der beruflichen Entwicklung neue Anreize in Form von Weiterbildungen etc. zu setzen.

In den Modelleinrichtungen blieb die Selbstwirksamkeitserwartung hingegen bis zum dritten Messzeitpunkt schwankend tiefer. In Anbetracht der Umstrukturierungen, Veränderungen und Leitungswechsel während der Implementierung von Traumapädagogik ist diese Verzögerung sehr nachvollziehbar. Verschiedene Ergebnisse weisen auf die Wirkung von traumapädagogischen Konzepten zwischen dem dritten und vierten Messzeitpunkt hin (siehe nachfolgende Abbildungen). Teilnehmende in den Modelleinrichtungen mit weniger Berufserfahrung erlebten in dieser Zeit eine deutliche Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung bis über den Durchschnitt bei mehr Berufserfahrung hinaus. Es könnte erwartet werden, dass ein weiterer Messzeitpunkt das Konstanthalten dieser hohen Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen würde.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass über alle Teilnehmenden hinweg die durchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung bei Modell- und Spiegeleinrichtungen ähnlich hoch war und dass es keine bedeutsamen Veränderungen gab. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Mitarbeitende mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung, in besonderer Art und Weise von der Implementierung von traumapädagogischen Konzepten profitieren. Junge unerfahrenere Fachkräfte aus den Modellinstitutionen beschreiben sich am Ende des Modellversuchs als selbstwirksamer und selbstfürsorglicher als die Fachkräfte aus den Spiegelinstitutionen.

Wirkt sich die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf die Selbstfürsorge aus?

Um Stress zu bewältigen und sich von Arbeitsbelastungen adäquat zu erholen, ist die Selbstfürsorge von Mitarbeitenden essentiell (Merluzzi, Philip, Vachon & Heitzmann, 2011). Untersucht wurde, ob sich die Selbstfürsorge von Mitarbeitenden in den Modelleinrichtungen von denjenigen in den Spiegeleinrichtungen während der Verlaufsstudie unterscheidet.

Tabelle: Vergleich der durchschnittlichen Selbstfürsorge von Mitarbeitenden in Modell- und Spiegeleinrichtungen zu jedem Messzeitpunkt.

	Verlaufsstudie ²			Unterschied ¹
	Modell (n=21)	Spiegel (n=40)		
	M (SD)		t (df)	p
MZP 1	3.42 (0.3)	3.32 (0.3)	1.18 (59)	.267
MZP 2	3.31 (0.4)	3.29 (0.3)	0.22(59)	.863
MZP 3	3.30 (0.4)	3.29 (0.3)	0.14 (59)	.883
MZP 4	3.22 (0.6)	3.25 (0.3)	-0.30 (59)	.811

¹ Bootstrap Ergebnisse basieren auf 1,000 Bootstrap Stichproben

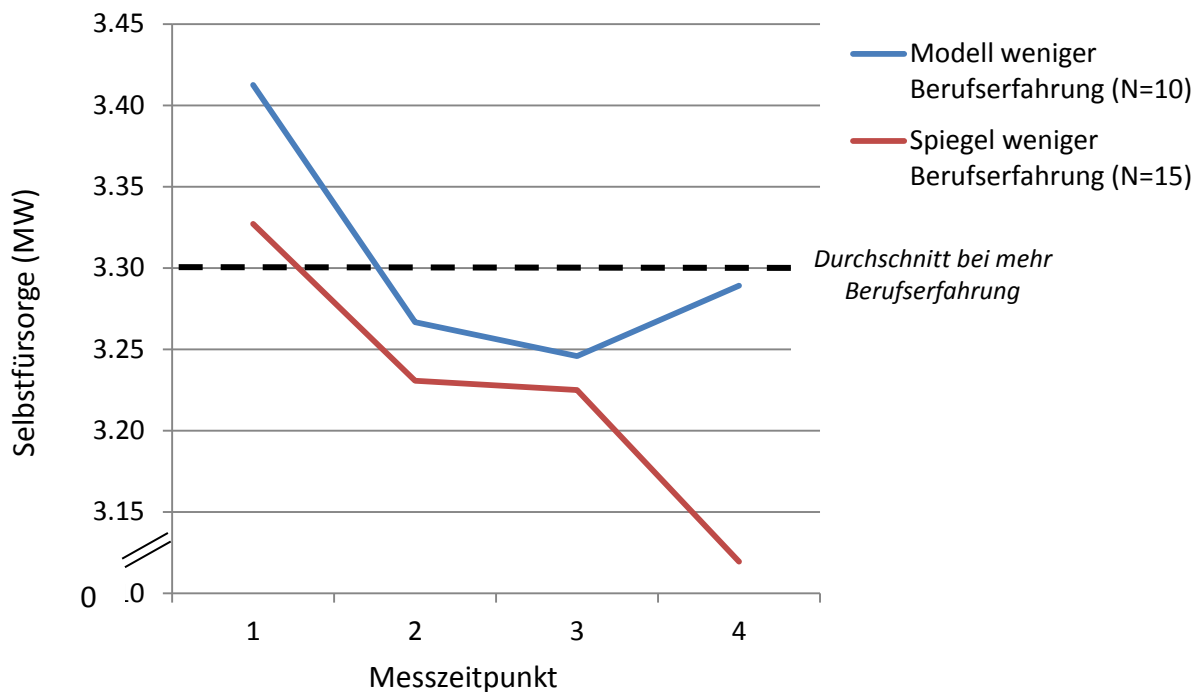
² Eingeschlossen wurden Mitarbeitende die bei allen Messzeitpunkten Daten vorhanden haben.

*p < .05

Die durchschnittliche Selbstfürsorge von allen Mitarbeitenden unterschied sich nicht zwischen den Modell- und Spiegeleinrichtungen. Auch von der repräsentativen anonymen Stichprobe der epidemiologischen Untersuchung wich die durchschnittliche Selbstfürsorge nicht signifikant ab (M(SD)= 3.32(0.32); F(2)=0.91; p=.403). Es scheint über die Messzeitpunkte hinweg eine Tendenz zur leichten Abnahme der Selbstfürsorge in den Modell- wie auch in den Spiegeleinrichtungen zu geben, jedoch keine statistisch bedeutsame (ANOVA).

Wie bereits im Bereich der Selbstwirksamkeit wurde in einem nächsten Schritt untersucht, ob die vorhandene Berufserfahrung eine Rolle bei der Implementierung von traumapädagogischen Konzepten spielen kann. Es kann angenommen werden, dass sich Mitarbeitende am Anfang ihrer Karriere weniger sensibel um ihre Befindlichkeit kümmern und dadurch weniger konsequent Selbstfürsorge betreiben. Mitarbeitende, die zu allen Messzeitpunkten Daten hatten (N(Modell)=21, N(Spiegel)=40), wurden durch ein Median-split-Verfahren in zwei Gruppen unterteilt: Mitarbeitende mit weniger und Mitarbeitende mit mehr Berufserfahrung. Teilnehmende mit fünf Jahren oder weniger Berufserfahrung galten somit als diejenigen mit weniger Berufserfahrung. Der Verlauf der Selbstfürsorge dieser Gruppe ist in Abbildung „Durchschnittliche Selbstfürsorge bei Sozialpädagogen“ abgebildet. Aufgrund der sehr kleinen Stichproben wurde auf ein statistisches Verfahren verzichtet und die Ergebnisse werden nur deskriptiv beschrieben. Die Verläufe in folgender Abbildung sind aufgrund der sehr kleinen Stichproben mit äußerster Vorsicht zu betrachten.

Abbildung: Durchschnittliche Selbstfürsorge bei Sozialpädagogen mit fünf oder weniger Jahren Berufserfahrung in Modell- und Spiegeleinrichtungen. Im Vergleich: Durchschnittliche Selbstfürsorge bei Sozialpädagogen mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung aus der epidemiologischen Studie (n=192).



Die durchschnittliche Selbstfürsorge von Mitarbeitenden mit weniger Berufserfahrung war zu Beginn der Verlaufsstudie leicht höher als der Durchschnitt bei mehr Berufserfahrung. Wie erwartet, nahm die Selbstfürsorge jedoch über die ersten drei Messzeitpunkte bei den Modell- und Spiegeleinrichtungen deutlich ab. Bei Mitarbeitenden mit weniger Berufserfahrung in den Spiegeleinrichtungen sank die Selbstfürsorge zwischen dem dritten und vierten Messzeitpunkt weiter ab. Dies entspricht, wie schon im Abschnitt zur Selbstwirksamkeitserwartung festgestellt, der Beobachtung, dass sich Fachkräfte in Kinder- und Jugendheimen typischerweise nach ca. drei Jahren eine neue Aufgabe suchen (Schoch, 1989; AGJ, 2008). Vermutlich sind die ersten Jahre nach dem Berufseinstieg auch im Bereich der Selbstfürsorge eine sensible Phase. Im ersten Enthusiasmus werden nach dem Wiedereinstieg Belastungen oft weggesteckt, da fällt es nicht auf, dass sich noch keine Routinen im Umgang mit Belastungen und im Bereich der Selbstfürsorge eingespielt haben. In der ersten Phase ist es oft noch leichter, auf Unterstützungsstrukturen zurückgreifen. Meist verfügen junge Mitarbeitende auch noch über breite Netzwerke zu Freunden und Kommilitonen und haben noch viele Hobbies, die sie pflegen. Mit sinkenden Zeitressourcen und berufsbedingten Faktoren wie Wohnortwechsel, Schichtdienst etc. kann es aber zunehmend schwieriger werden, diese zu pflegen. Deshalb ist es wichtig, diese neu zu definieren und gegebenenfalls durch andere Kraftquellen zu ersetzen. Es macht auch Sinn, dass sich dieser Effekt bei sehr erfahrenen Mitarbeitenden kaum zeigt, weil diese vermutlich, um lange Zeit mit Freude in der stationären Jugendhilfe arbeiten zu können, bereits über einige funktionierende Selbstfürsorgestrategien verfügen müssen. In den Modellinstitutionen hingegen steigt die Selbstfürsorge zwischen dem dritten und vierten Messzeitpunkt wieder leicht an und nähert sich dem Durchschnitt bei mehr Berufserfahrung an. Es könnte erwartet werden, dass diese Zunahme bei einem weiteren Messzeitpunkt weiterhin bestehen bleibt. Somit scheinen Mitarbeitende mit weniger Berufserfahrung von der Implementierung von Traumapädagogik eine erhöhte Sensibilisierung für

ihre Selbstfürsorge entwickelt zu haben. Dies kann für das Wohlbefinden sehr relevant sein, da zunehmende Selbstfürsorge auch mit einer Abnahme von Stress und Belastung zusammenhängt (Merluzzi, Philip, Vachon & Heitzmann, 2011).

7.2 Ebene der Kinder und Jugendlichen

Verändert sich mit der Implementierung von Traumapädagogik der Anteil irregulärer Austritte aus sozialpädagogischen Einrichtungen?

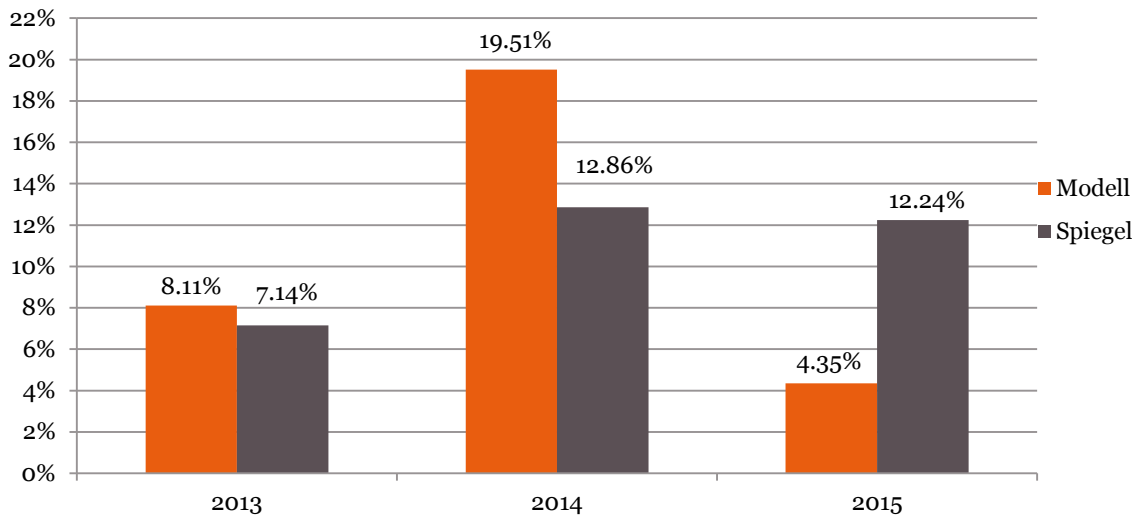
Die Vermeidung von Abbrüchen und „Heimkarrieren“ und ihren maladaptiven Folgen sind eines der zentralen Ziele von traumapädagogischen Ansätzen (Schmid et al., 2014; Tornow, 2011). Dahinter steht die Idee, die Tragfähigkeit von Institutionen durch eine bessere Versorgung der Mitarbeitenden und ein elaborierteres Fallverständnis zu erhöhen.

Irreguläre Austritte aus einer Institution sind meist die Folge von zwischenmenschlichen Eskalationen oder Selbstunwirksamkeitsgefühlen der Fachkräfte, welche ein weiteres Verbleiben der Kinder oder Jugendlichen erschweren und aus der Perspektive des Teams teilweise anfangs verunmöglichen. Aus Perspektive der Leitung ist es von daher entscheidend, das Gefühl der Selbstunwirksamkeit zu versorgen und, bevor sich die Frage nach der Beendigung einer Massnahme stellt, zu verstehen, was das Team in der Zusammenarbeit mit XY konkret belastet und was das Team braucht, um ein ernsthaftes Beziehungsangebot aufrechterhalten zu können.

Aufgrund des Investments in die bessere administrative, strukturelle, fachliche und emotionale Unterstützung der Teams und des Erlernens von Methoden zur Fallreflexion und Deeskalation, liegt die Vermutung nahe, dass Traumapädagogik eine Reduktion an irregulären Austritten bewirken sollte. Deshalb wurde dies als eines der zentralen Zielvariablen für die Evaluation der Wirksamkeit von traumapädagogischen Konzepten definiert und folglich die Zahl der Abbrüche in Spiegel- und Modellinstitutionen analysiert. Abbrüche sind allerdings ein sehr schwieriges Evaluationsziel, da sie, auch wenn sie an sich zu häufig vorkommen, doch so selten sind, dass man, um signifikante Effekte abbilden zu können, relativ grosse Stichproben untersuchen müsste (vgl. Besier et al., 2009). Von den insgesamt 134 Kindern und Jugendlichen, die am Modellversuch Traumapädagogik teilgenommen haben, beendeten 84 Heranwachsende die Teilnahme am Modellversuch vorzeitig. Der Grund für das Ende der stationären Massnahme war in 86,9% (N=72) der Fälle bekannt.

Sowohl bei den Modell- als auch bei Spiegelinstitutionen war ein irregulärer Austritt der am häufigsten genannte Grund. Um zu vergleichen, wie sich die Häufigkeit von irregulären Austritten über die Zeit verändert hat, wurde für Modell- und Spiegelinstitutionen getrennt der Anteil irregulärer Austritte an der Anzahl am Modellversuch teilnehmender Kinder und Jugendlichen pro Jahr berechnet (siehe folgende Abbildung).

Abbildung: Anteil irregulärer Austritte der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen



In keinem Jahr unterschied sich der Anteil irregulärer Austritte zwischen Modell- und Spiegelinstitutionen signifikant (2013: $\chi^2=0.03$; $df=1$; $p=.863$; Cramer's $V=.02$ / 2014: $\chi^2=0.88$; $df=1$; $p=.347$; Cramer's $V=.09$ / 2015: $\chi^2=1.11$; $df=1$; $p=.292$, Cramer's $V=.12$). Im Jahr 2014 gab es einen deutlichen Anstieg irregulärer Austritte in den Modellinstitutionen. Dieses Bild entspricht der Entwicklung, welche sich auch bei der Belastung der Sozialpädagogen zeigt. Die Veränderungen, die durch die Implementierung der Traumapädagogik in den Modellinstitutionen stattfanden, führten zu Unsicherheit und Anspannung auf Seiten der Sozialpädagogen, was sich auch auf die Jugendlichen übertrug. Diese akute Krise erforderte weitere Massnahmen, welche die Sozialpädagogen wieder handlungsfähig machen sollten. Der Einbruch an irregulären Austritten im Jahr 2015 kann als Indiz gedeutet werden, dass die Massnahmen erfolgreich waren. Diese Entwicklung entspricht den Hypothesen und ist ein sehr bedeutsamer Befund es wäre sehr interessant weiterzuverfolgen, ob die Zahl der Abbrüche sich auch in den nächsten Jahren weiter unterscheidet.

Welchen Einfluss hat die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten auf die Verhaltensauffälligkeit der Kinder und Jugendlichen?

Emotionale und Verhaltensprobleme sind bei Kindern und Jugendlichen im institutionellen Kontext weit verbreitet, insbesondere bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Für die Erfassung der emotionalen und Verhaltensprobleme wurden sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungsinstrumente verwendet. Für den Selbstbericht wurde für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren der Youth Self Report (YSR) und für junge Erwachsene der Young Adult Self Report (YASR) eingesetzt. Für die Fremdeinschätzung wurde für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren die Child Behavior Checklist (CBCL) und für junge Erwachsene die Young Adult Behavior Checklist (YABCL). Für die Analysen wurden die standardisierten T-Werte genutzt. Für alle genannten Fragebögen wurde ein T-Wert ab 60 als auffällig definiert. Letztlich macht es bei Veränderungsmessung im Verlauf von langjährigen Jugendhilfemassnahmen bei sehr heterogenem Klientel wenig Sinn, Analysen über alle Jugendlichen zu berechnen, da sich Jugendliche, die zu Beginn keine Belastung aufweisen, gar nicht verbessern können (vgl. Schmid et al., 2013). Jugendliche, die keine Belastung aufweisen, leben oft schon lange in den Einrichtungen und haben häufig bereits grosse Entwicklungsschritte erreicht. Ähnlich wie beim MAZ.-

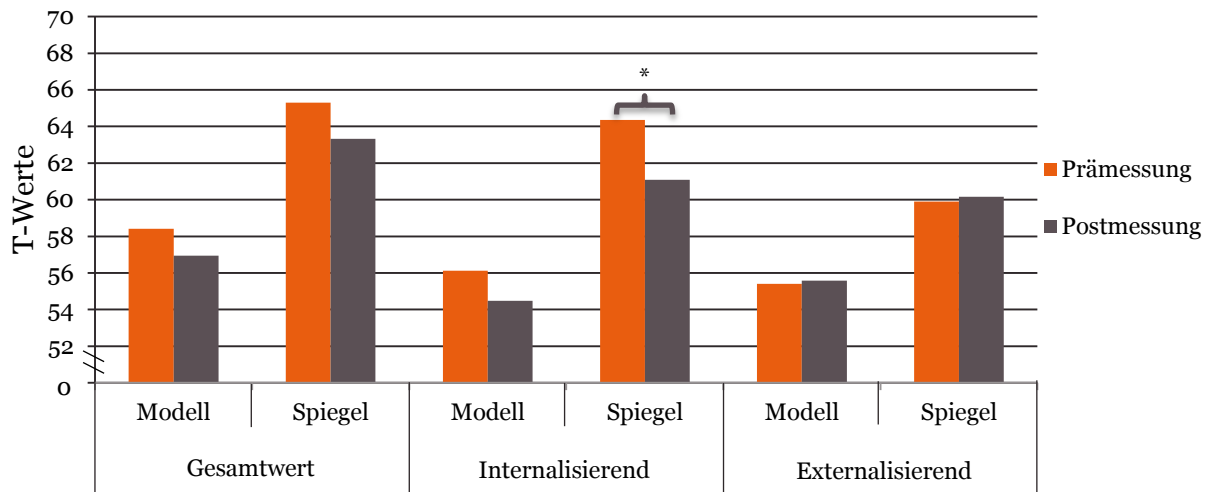
Bericht werden daher hier Berechnungen über alle Jugendlichen hinweg sowie nur über die Jugendliche, die zum ersten Messzeitpunkt auffällige Ergebnisse zeigten, vorgestellt. Für die Wirksamkeit von Jugendhilfemassnahme und psychosozialen Hilfen interessiert aber vor allem, ob es durch sie gelingt, die psychische Belastung von hochauffälligen Jugendlichen zu reduzieren.

Selbstberichtete Psychopathologie (YSR/YASR)

54 Kinder und Jugendliche (Modell: N=17; Spiegel: N=37) nahmen an der Prä- und der Postmessung teil. Bei der Prämessung lag der Gesamtwert von 35.3% (N=6) der Kinder und Jugendlichen in den Modellinstitutionen und von 81.1% (N=30) der Kinder und Jugendlichen in den Spiegelinstitutionen im auffälligen Bereich. Der Unterschied war signifikant ($\chi^2=10.99$, $df=1$, $p=.001$, Cramer's $V=.45$). Bei der Postmessung lag der Gesamtwert von 41.2% (N=7) der Kinder und Jugendlichen in den Modellinstitutionen und von 64.9% (N=24) der Kinder und Jugendlichen in den Spiegelinstitutionen im auffälligen Bereich. Es gab keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2=2.67$, $df=1$, $p=.102$, Cramer's $V=.22$). Der geringe Effekt in den Modellinstitutionen ist vermutlich auch darauf zurückzuführen, dass zum ersten Messzeitpunkt die Mehrzahl der teilnehmenden Jugendlichen in den Modellinstitutionen keine Auffälligkeiten im Selbsturteil angeben haben und sich somit auch nur schwer deutlich verbessern konnten. Der überraschend hohe Anteil an im Selbsturteil unauffälligen Jugendlichen ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass viele Jugendliche schon recht lange in den Modellinstitutionen betreut wurden und sich im Verlauf von Heimerziehung die Belastung im Selbsturteil der Jugendlichen oft besonders deutlich reduziert (Schmid et al., 2013).

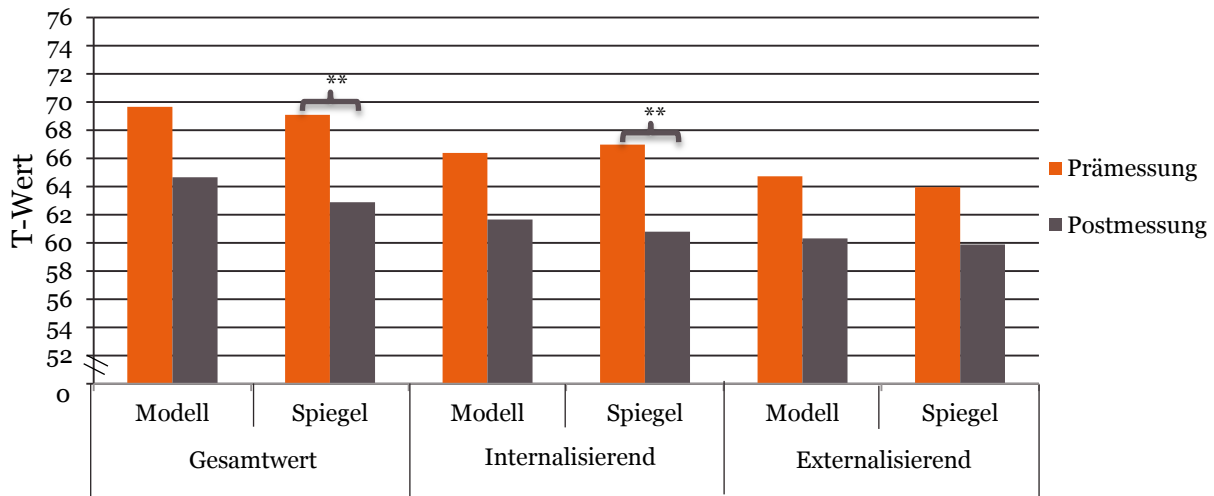
Abbildung „Veränderungen in der selbstbeurteilten Verhaltensauffälligkeit 1“ zeigt die mittleren T-Werte der Kinder und Jugendlichen in den Modell- und Spiegelinstitutionen bei der Prä- und der Postmessung. Zur Prüfung der Veränderungen wurde aufgrund der kleinen Gruppe in den Modellinstitutionen der Wilcoxon-Test getrennt für Modell- und Spiegelinstitutionen gerechnet. In den Modellinstitutionen gab es weder beim Gesamtwert noch bei den Subskalen *Internalisierende Probleme* und *Externalisierend Probleme* signifikante Veränderungen (Gesamtwert: $Z=-0.23$; $p=.816$, $r=0.04$; Internalisierend: $Z=-0.60$, $p=.552$, $r=0.10$; Externalisierend: $Z=-0.14$, $p=.887$, $r=0.02$). In den Spiegelinstitutionen gab es auf der Skala *Internalisierende Probleme* eine signifikante Verbesserung ($Z=-2.04$, $p=.041$, $r=0.24$). Keine Veränderungen gab es beim Gesamtwert und bei der Subskala *Externalisierende Probleme* (Gesamtwert: $Z=-1.67$, $p=.096$, $r=0.19$; Externalisierend: $Z=-0.14$, $p=.887$, $r=0.02$).

Abbildung: Veränderungen in der selbstbeurteilten Verhaltensauffälligkeit (YSR) 1



Da die Traumapädagogik besonders auf stark belastete Kinder und Jugendliche fokussiert, werden positive Effekte insbesondere in dieser Subgruppe erwartet. Um dies zu prüfen, wurden die Daten der Kinder und Jugendlichen analysiert, die bei der Prämessung im auffälligen Bereich lagen (T-Wert ≥ 60). *Abbildung „Veränderung der selbstbeurteilten Verhaltensauffälligkeit (YSR) 2“* zeigt, dass sich die emotionalen und Verhaltensprobleme der Kinder und Jugendlichen in den Modellinstitutionen verbesserte, diese Verbesserung aber nicht grösser war als bei den Kindern und Jugendlichen der Spiegelinstitutionen. Auch wenn nur die Veränderung des Gesamtwertes in den Spiegelinstitutionen signifikant wurde, erreichten die Veränderungen in den Modellinstitutionen dennoch ähnliche starke Veränderungen und ebenfalls eine mittlere Effektstärke (Modell: $Z=-1.21$, $p=.225$, $r=0.35$ / Spiegel: $Z=-2.793$, $p=.005$, $r=0.36$). Bei der Skala *Internalisierende Probleme* gab es in den Modellinstitutionen lediglich einen kleinen Effekt, in den Spiegelinstitutionen jedoch einen mittleren Effekt (Modell: $Z=-0.52$, $p=.600$, $r=0.15$ / Spiegel: $Z=-3.13$, $p=.002$, $r=0.40$). Bei der Skala *Externalisierende Probleme* verbesserten sich die Kinder und Jugendlichen der Modellinstitutionen mit mittlerer Effektstärke, in den Spiegelinstitutionen war der Effekt dagegen klein (Modell: $Z=-1.26$, $p=.207$, $r=0.36$ / Spiegel: $Z=-1.00$, $p=.319$, $r=0.13$). Diese Ergebnisse sollten wegen der kleinen Stichprobe aber mit Vorsicht interpretiert werden,.

Abbildung: Veränderung der selbstbeurteilten Verhaltensauffälligkeit (YSR) 2 derjenigen Kinder und Jugendlichen, die bei der Prämessung im auffälligen Bereich lagen



Da nur insgesamt sechs Jugendliche aus den Modell- und Spiegelinstitutionen sowohl bei der Prä- als auch bei der Postmessung die Erwachsenenversion des Fragebogens (den YASR) beantworteten, kann keine Auswertung vorgenommen werden.

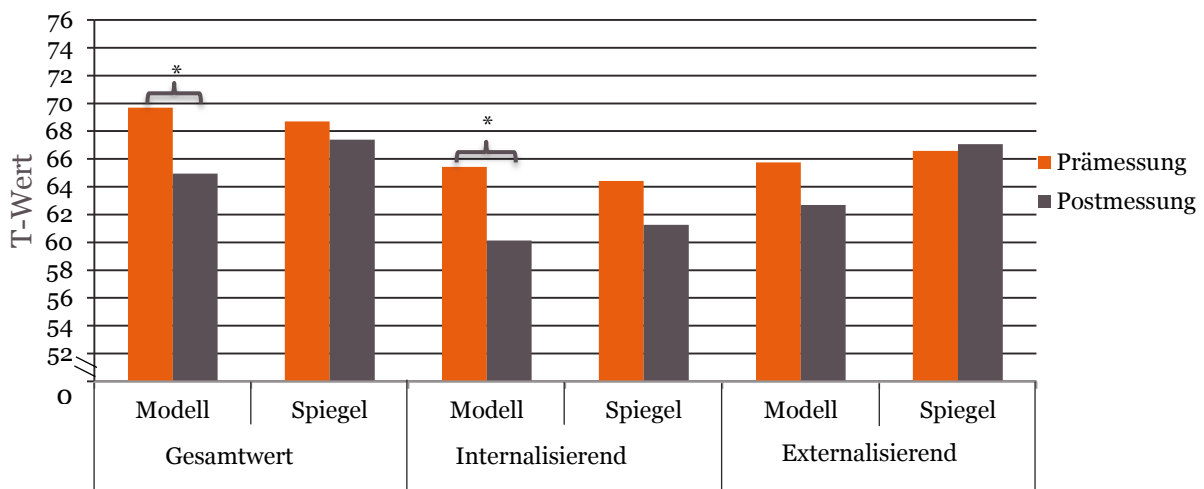
Fremdberichtete Psychopathologie (CBCL/YABCL)

64 Betreuer (Modell: N=25; Spiegel: N=39) nahmen an der Prä- und der Postmessung teil. Bei der Prämessung lag der Gesamtwert von 64.0% (N=16) der Kinder und Jugendlichen in den Modellinstitutionen und von 79.5% (N=31) der Kinder und Jugendlichen in den Spiegelinstitutionen im auffälligen Bereich. Es gab keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2=1.87$, $df=1$, $p=.171$, Cramer's $V=.17$). Dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit auffälligem T-Wert im Fremdbericht höher ausfällt als im Selbstbericht (hier in den Modellinstitutionen) ist bereits aus früheren Studien bekannt (z.B. Schmid et al., 2008, 2013). Bei der Postmessung lag der Gesamtwert von 80.0% (N= 20) der Kinder und Jugendlichen in den Modellinstitutionen und von 79.9% (N=31) der Kinder und Jugendlichen in den Spiegelinstitutionen im auffälligen Bereich. Auch hier gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Modell- und Spiegelinstitutionen ($\chi^2 < .01$, $df=1$, $p=.960$, Cramer's $V=.01$).

Auch beim Fremdbericht wurde wieder die Subgruppe der Kinder und Jugendlichen mit T-Werten im auffälligen Bereich separat betrachtet. Es Daten der Daten der Prä- und Postmessung von 47 Kindern und Jugendlichen (Modell: N=16; Spiegel: N=31) vor. Aufgrund der kleinen Gruppe in den Modellinstitutionen wurde zur Prüfung der Veränderungen der Wilcoxon-Test getrennt für Modell- und Spiegelinstitutionen gerechnet. Abbildung „Veränderungen der fremdbeurteilten Verhaltensauffälligkeit von Kinder und Jugendlichen, die bei der Prämessung im auffälligen Bereich waren“ zeigt, dass sich die emotionalen und Verhaltensprobleme der Kinder und Jugendlichen in den Modellinstitutionen in grösserem Ausmass verbesserten als die Probleme der Kinder und Jugendlichen in den Spiegelinstitutionen. Die Effekte der Verbesserungen in den Modellinstitutionen lagen beim Gesamtwert, den *Internalisierenden Problemen* und den *Externalisierenden Problemen* in einem mittleren Bereich und etwas über dem Wert, der sich in der MAZ.-Stichprobe zeigte (Gesamtwert: $Z=-2.29$, $p=.022$, $r=0.40$;

Internalisierend: $Z=-2.25$, $p=.024$, $r=0.40$; Externalisierend: $Z=-1.87$, $p=.061$, $r=0.33$). In den Spiegelinstitutionen gab es kleine Effekte nur beim Gesamtwert und bei den *Internalisierenden* Problemen (Gesamtwert: $Z=-1.27$, $p=.204$, $r=0.16$; Internalisierend: $Z=-1.78$, $p=.076$, $r=0.23$, Externalisierend: $Z=-0.46$, $p=.648$, $r=0.06$). Aus Sicht der Betreuenden gab es also grössere Verbesserungen in den Modellen als in den Spiegelinstitutionen, aus Sicht der Jugendlichen waren diese Unterschiede so nicht zu finden.

Abbildung: Veränderungen der fremdbeurteilten Verhaltensauffälligkeit von Kinder und Jugendlichen, die bei der Prämessung im auffälligen Bereich waren ($T\text{-Wert} > 60$)



Auch beim Fremdbbericht lagen mit acht ausgefüllten Fragebögen der Erwachsenenversion sowohl bei der Prä- als auch bei der Postmessung zu wenige Daten für eine Auswertung vor.

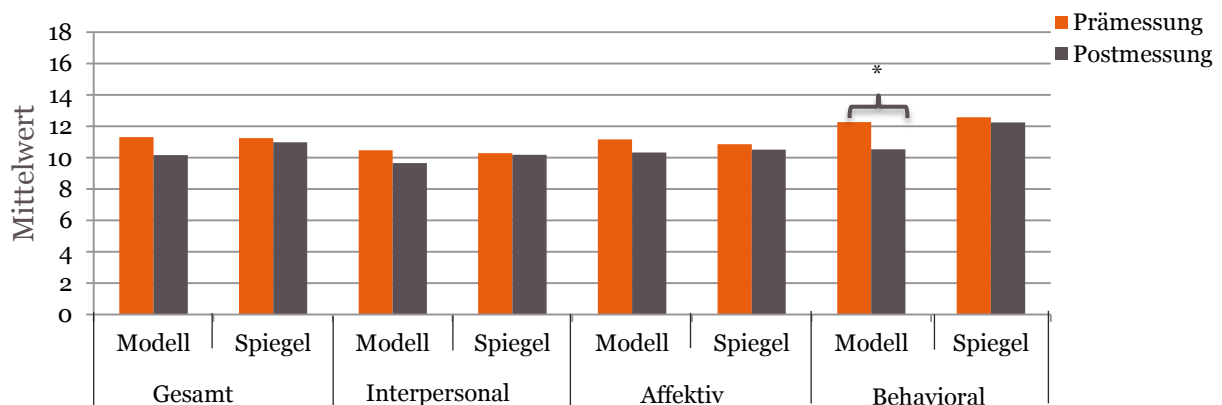
Hat die Traumapädagogik einen Einfluss auf psychopathische Persönlichkeitszüge?

Psychopathie hängt in hohem Ausmass mit zwischenmenschlichen Problemen und Delinquenz zusammen. Das Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) ist ein häufig eingesetztes Instrument, um Jugendliche bezüglich ihrer psychopathischen Persönlichkeitszüge einzuschätzen. Um einen Bereich auffälliger Werte zu definieren, wurde eine Schweizer Schulstichprobe, die den YPI beantwortet hat, herangezogen. Der Grenzwert wurde bei 1,5 Standardabweichungen über dem Mittelwert je Skala festgelegt.

Es liegen von 49 Kindern und Jugendlichen (Modell: $N=18$; Spiegel: $N=31$) Daten zur Prä- und Postmessung vor. Bei der Prämessung lag der Gesamtwert von 22.2% ($N=4$) der Kinder und Jugendlichen in den Modellinstitutionen und von 12.9% ($N=4$) der Kinder und Jugendlichen in den Spiegelinstitutionen im auffälligen Bereich. Es gab keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2=0.72$, $df=1$, $p=.395$, Cramer's $V=.12$). Bei der Postmessung lag der Gesamtwert von 11.1% ($N=2$) der Kinder und Jugendlichen in den Modellinstitutionen und von 12.9% ($N=4$) der Kinder und Jugendlichen in den Spiegelinstitutionen im auffälligen Bereich. Auch hier gab es keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2=0.03$, $df=1$, $p=.854$, Cramer's $V=.03$).

Abbildung „Veränderung der psychopathischen Persönlichkeitszüge (YPI)“ zeigt die mittleren Werte der Kinder und Jugendlichen in den Modell- und Spiegelinstitutionen bei der Prä- und der Postmessung. Zur Prüfung der Veränderungen wurde aufgrund der kleinen Gruppe in den Modellinstitutionen der Wilcoxon-Test getrennt für Modell- und Spiegelinstitutionen gerechnet. In den Modellinstitutionen gab es eine signifikante Abnahme mit mittlerem Effekt auf der Skala *Behavioral* ($Z=-2.18$, $p=.030$, $r=0.36$), eine knapp nicht signifikante Abnahme mit mittlerem Effekt beim Gesamtwert ($Z=-1.79$, $p=.074$, $r=0.30$) und eine nicht signifikante Abnahme mit kleinem Effekt auf der Skala *Affektiv* ($Z=-1.40$, $p=.163$, $r=0.23$). Auf der Skala *Interpersonal* gab es keine Veränderung ($Z=-0.37$, $p=.711$, $r=0.06$). In den Spiegelinstitutionen gab es keine signifikante Veränderung, lediglich auf der Skala *Behavioral* gab es eine kleine Abnahme (Gesamt: $Z=-0.73$, $p=.462$, $r=0.09$; *Interpersonal*: $Z=-0.36$, $p=.722$, $r=0.05$; *Affektiv*: $Z=-0.53$; $p=.600$, $r=0.07$; *Behavioral*: $Z=-0.87$; $p=.386$; $r=0.11$). Traumapädagogik scheint demnach einen positiven Effekt auf die behavioralen Anteile der psychopathischen Persönlichkeitszüge zu haben. Die Tatsache, dass sich im Bereich der Psychopathie durch traumapädagogische Konzepte mittlere Effekte erzielen lassen, ist sehr bedeutsam, da sich die Persönlichkeitszüge sonst durch Heimerziehung kaum verändern lassen und ein zentraler Risikofaktor für Abbrüche sind (Schmid et al., 2014; Hachtel et al., submitted).

Abbildung: Veränderung der psychopathischen Persönlichkeitszüge (YPI)



Gibt es Veränderungen bei den Bindungsstörungen?

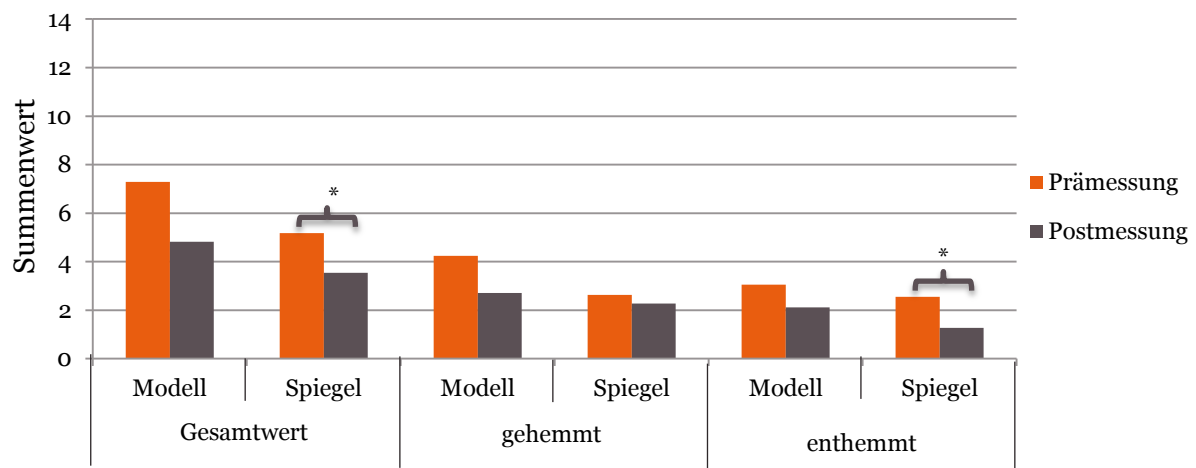
Mit dem Relationship Problems Questionnaire (RPQ) wird erfasst, ob Kind bzw. Jugendlicher ein auffälliges Bindungsverhalten zeigt. Unterschieden wird zwischen enthemmtem und gehemmttem Bindungsverhalten.

Es liegen Daten von 50 Kindern und Jugendlichen (Modell: $N=17$; Spiegel: $N=33$) zur Prä- und Postmessung vor. Abbildung „Veränderung der Bindungsprobleme (RPQ)“ zeigt die mittleren Werte der Kinder und Jugendlichen in den Modell- und Spiegelinstitutionen bei der Prä- und der Postmessung. Zur Prüfung der Veränderungen wurde aufgrund der kleinen Gruppe in den Modellinstitutionen der Wilcoxon-Test getrennt für Modell- und Spiegelinstitutionen gerechnet.

In den Modellinstitutionen gab es eine kleine Abnahme des gehemmten und enthemmten Bindungsverhaltens sowie des Gesamtwertes (Gesamtwert: $Z=-0.80$, $p=.422$, $r=0.14$; gehemmt: $Z=-0.93$, $p=.350$, $r=0.16$; enthemmt: $Z=-0.59$, $p=.555$, $r=0.10$). In den Spiegelinstitutionen gab es dagegen eine

kleine Abnahme des enthemmten Bindungsverhaltens sowie des Gesamtwertes, aber keine Veränderung beim gehemmt Bindungsverhalten (Gesamtwert: $Z=-1.99$, $p=.047$, $r=0.24$; gehemmt: $Z=0.654$, $p=.513$, $r=0.08$; enthemmt: $Z=-2.57$, $p=.010$, $r=0.32$). Es zeigt sich folglich sowohl bei den Modell- als auch bei den Spiegelinstitutionen ein komplexes Bild mit grösseren Veränderungen im Bereich des Bindungsverhaltens, die aber wegen der kleinen Stichprobe nicht immer das Signifikanzniveau erreichen. Die Effekte zeigen sich in den Modellinstitutionen interessanterweise eher im Bereich des gehemmt und bei den Spiegelinstitutionen eher im Bereich des enthemmt Bindungsverhaltens. Dies könnte dafür sprechen, dass es mit Traumapädagogik eher gelingt, zu Kindern und Jugendlichen, die sehr gehemmt, vorsichtig und misstrauisch sind, ein Bindungsverhalten aufzubauen. Es war zu erwarten, dass sich die Wirkung vorwiegend im Bereich des gehemmt Verhaltens zeigt, da Traumapädagogik primär darauf abzielt, den Kontakt mit den Kindern zu intensivieren.

Abbildung: Veränderung der Bindungsprobleme (RPQ)

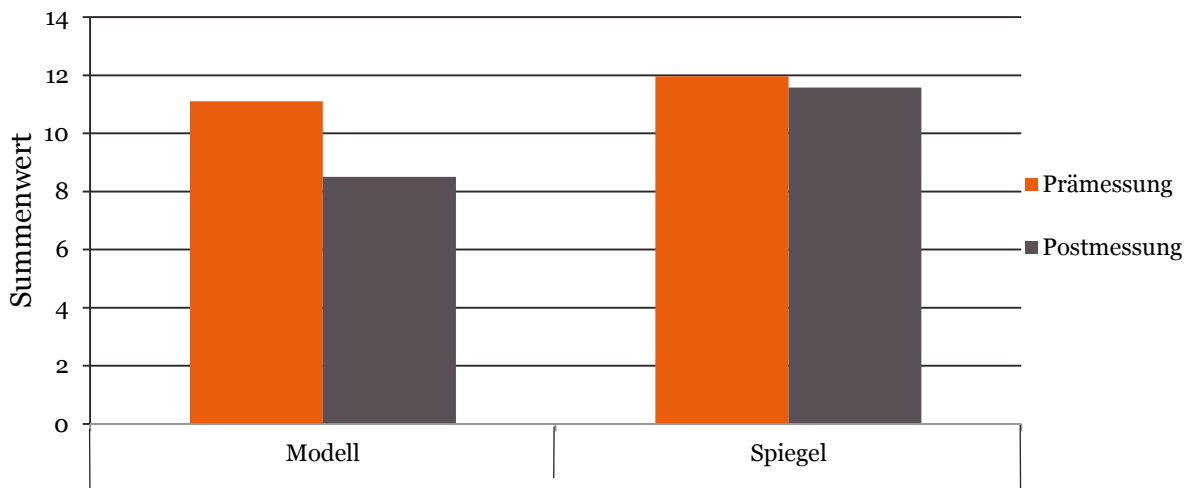


Gibt es Veränderungen beim psychosozialen Funktionsniveau?

Mit der Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) wird das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder und Jugendlichen erfasst. Berichtet werden Analysen mittels des Summenwertes des Selbstberichts.

Es liegen Daten von 53 Kindern und Jugendlichen (Modell: $N=20$; Spiegel: $N=33$) zur Prä- und Postmessung vor. Zur Prüfung der Veränderungen wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung unter Berücksichtigung des Faktors Gruppe gerechnet. Abbildung „Veränderung in der HoNOSCA Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen“ zeigt die mittleren Werte der Kinder und Jugendlichen in den Modell- und Spiegelinstitutionen bei der Prä- und der Postmessung. In den Modellinstitutionen gab es eine Verbesserung hinsichtlich des psychosozialen Funktionsniveaus (Cohen's $d=0.27$), nicht jedoch in den Spiegelinstitutionen (Cohen's $d=.06$). Es gab keine signifikante Interaktion ($F(1;51)=1.34$, $p=.252$, $\eta_p^2=.026$). Die wesentlich deutlicheren Veränderungen im HoNOSCA sind bedeutsam, da das Verfahren auch bei schwerer belasteten Jugendlichen einen Zugewinn an sozialer Teilhabe abbilden kann (Urben et al., 2015).

Abbildung: Veränderung in der HoNOSCA Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen



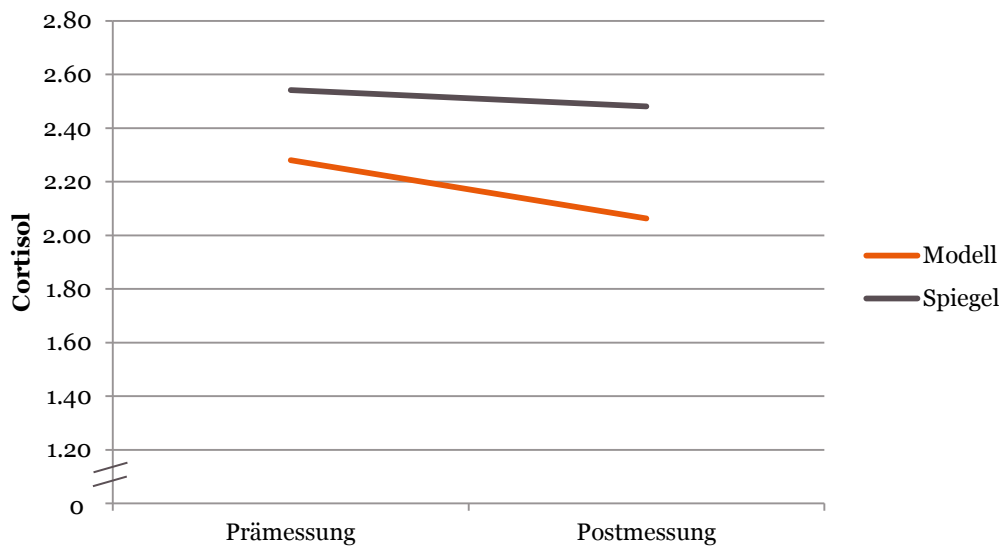
Beeinflusst Traumapädagogik die körperliche Stressreaktion der Kinder und Jugendlichen?

Obwohl die Prozesse dahinter noch nicht ganz verstanden werden, weisen Forschungsbefunde darauf hin, dass DHEA antagonistisch auf Cortisol-Effekte wirkt und gegen die schädlichen Folgen von Stressbelastung schützen kann (Hechter et al., 1997; Lennartson et al., 2013; Morgan et al., 2009). Unter normalen Umständen scheinen DHEA-Konzentrationen eng mit denjenigen von Cortisol zu korrelieren (Kroboth et al., 1999; Raison & Miller, 2003). Ein Ungleichgewicht von Cortisol und DHEA kann jedoch nach chronischer Stressbelastung auftreten (Ferrari et al., 2001; Jeckel et al. 2010; Young et al., 2002). Verschiedene Forscher plädieren deshalb dafür, dass das Verhältnis von Cortisol zu DHEA viel relevanter sei um die Stress-Vulnerabilität eines Individuums zu verstehen, als die absoluten Konzentrationen.

Wie auch bei den Mitarbeitenden wurden bei den Kindern und Jugendlichen Haarproben genommen, um die körperliche Stressreaktion anhand der Hormone Cortisol und Dehydroepiandrosteron (DHEA) zu bestimmen. Es wurden wiederum Prä- und Postmessungen in die Analysen einbezogen, um eine grösstmögliche Anzahl an Kindern und Jugendlichen einschliessen zu können. Zur Prüfung der Veränderungen der körperlichen Stressreaktion der Kinder und Jugendlichen wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet und für Alter und Geschlecht kontrolliert. Insgesamt liegen Daten von 51 Kindern und Jugendlichen (Modell: N=17; Spiegel: N=34) vor. Zur Prüfung der Veränderungen wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet und für Alter und Geschlecht kontrolliert.

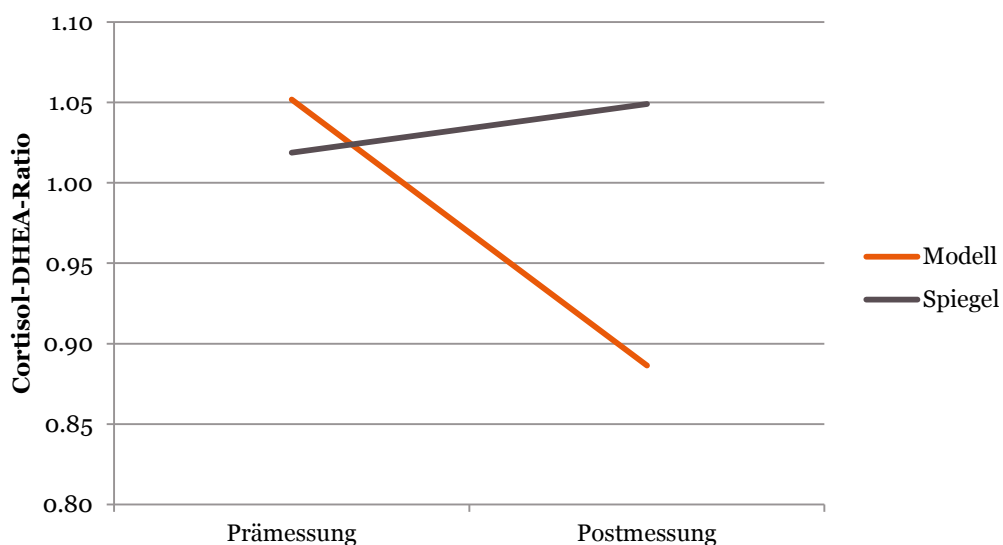
Abbildung „Verlauf der Cortisolwerte“ zeigt die Veränderung von Cortisol der Kinder und Jugendlichen in den Modell- und den Spiegelinstitutionen. Der Verlauf der durchschnittlichen Cortisolausschüttung der Kinder und Jugendlichen in Modellinstitutionen unterschied sich nicht bedeutsam von dem der Kinder und Jugendlichen in den Spiegelinstitutionen ($F(1, 51) = 0.02$; $p = .903$, $n^2_p < .01$). Sowohl die Abnahme im Cortisol bei den Modell- wie auch bei den Spiegeleinrichtungen war zwar nicht signifikant ($p = .122$ beziehungsweise $p = .727$). Es zeigte sich aber tendenziell ein deutlicher Effekt bei den Kindern und Jugendlichen aus den Modellinstitutionen.

Abbildung: Verlauf der Cortisolwerte



Als zusätzlicher Indikator für die körperliche Stressreaktion wurde das Verhältnis von Cortisol und DHEA betrachtet. Laut früheren Erkenntnissen könnte ein kleineres Verhältnis auf einen besseren Umgang mit Stressbelastungen hindeuten. Unten stehende Abbildung zeigt den Verlauf des Cortisol-DHEA-Ratios für die Modell- und Spiegeleinrichtungen. Der Verlauf unterscheidet sich zwar nicht signifikant ($F(1, 51) = 1.30$; $p = .261$, $n^2_p = 0.03$), dennoch zeigt sich bei den Kindern und Jugendlichen in den Modellinstitutionen eine Abnahme des Cortisol-DHEA-Ratios ($p = .139$), während keine Veränderung in den Spiegeleinrichtungen stattfindet ($p = .709$). Auch wenn diese deutlichen Unterschiede wegen der kleinen Stichprobe noch nicht das Signifikanzniveau erreichen, sind solch deutlichen Effekte auf neurobiologischer Ebene sehr bedeutsam, deuten sie doch darauf hin, dass sich im Sicherheitsempfinden der Betroffenen deutliche Veränderungen zeigen.

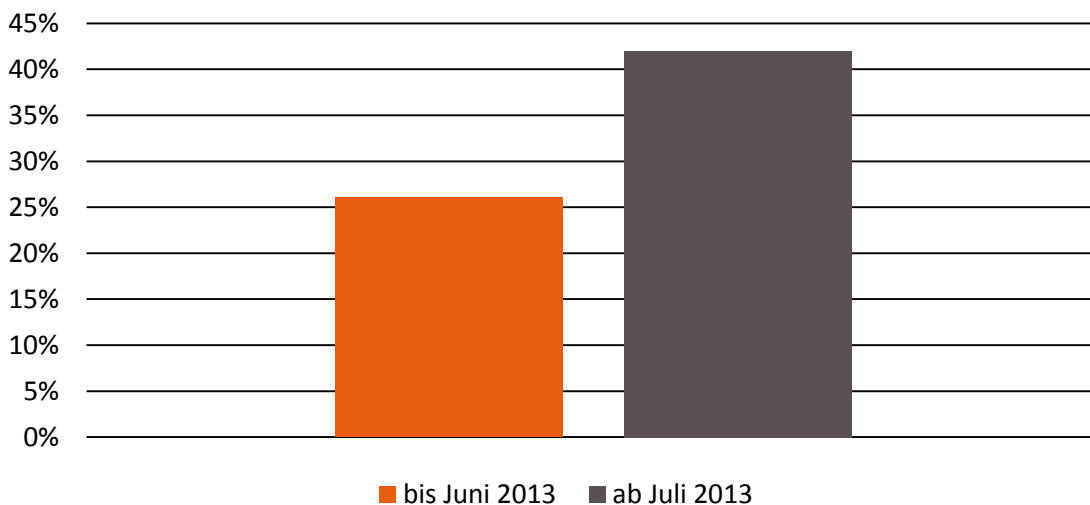
Abbildung: Verlauf der körperlichen Stressreaktion gemessen mit dem Cortisol-DHEA-Ratio



Die Veränderungen im Cortisolwert unterschieden sich kaum zwischen Modell- und Spiegelinstitutionen. Die Reduktion des Verhältnisses von Cortisol zu DHEA in den Modellinstitutionen zeigt, dass sich beide Werte einander annäherten, und könnte darauf hindeuten, dass die Vulnerabilität der Kinder und Jugendlichen für Stressbelastung abnahm, sie also besser mit Stress umgehen konnten.

Verändert sich die Zuweisungssituation in den Modellinstitutionen während des Modellversuchs?

Abbildung: Anteil der den Modellinstitutionen neuzugewiesenen Jugendlichen mit Prozentrang > 99 in CBCL Gesamtwert



Die Teilnahme der Modellinstitutionen am Modellversuch Traumapädagogik blieb auch von den zuweisenden Behörden nicht unbemerkt. Bereits kurz nach dem Beginn des traumapädagogischen Qualifizierungsprozess wurden, die teilnehmenden Modellinstitutionen als potentiell tragfähiger angesehen und werden spezifisch für höher belastete und traumatisierte Jugendliche angefragt. Dies zeigt sich im Rahmen der Begleituntersuchung in der Veränderung der psychischen Belastung der neu zugewiesenen Klienten und Klientinnen. Der Anteil höchst belasteter Kinder und Jugendlicher steigt seit Juni 2013 in den Modellinstitutionen an. Hoch belastete Klientel wurde über den Prozentrang in der Child Behavior Checklist CBCL definiert. Ab einem Prozentrang grösser als 99, d.h. einem Wert der so extrem ist, dass weniger als ein Prozent der Heranwachsenden aus der Allgemeinbevölkerung von seinen Bezugspersonen als psychisch noch belasteter und/oder verhaltensauffälliger eingeschätzt wird, gilt ein/e Heranwachsender als extrem belastet. Während zu Beginn der Untersuchung bei Neuzuweisungen der Anteil mit 26,3% bereits sehr hoch lag (siehe Abbildung „Verändert sich die Zuweisersituation?“), stieg dieser während des Modellversuchs noch weiter auf 42,1% an. Diese beachtliche Zunahme an extrem hoch belasteten Kindern und Jugendlichen in den Modellinstitutionen verdeutlicht den immensen Bedarf an besonders tragfähigen Institutionen für Kinder und Jugendliche mit besonders belastenden Lebenserfahrungen oder Symptomen einer Traumafolgestörung. Dies spiegelt sich auch in der klinischen Erfahrung wieder, dass es immer wieder einzelne Fälle gibt, für deren spezifischen pädagogische und interdisziplinäre Hilfebedarfe es nur wenig geeignete und ausreichend tragfähige Einrichtungen gibt, so dass Einrichtungen die sich diesem besonders herausfordernden Klientel annehmen in der Regel rasch sehr gut belegt sind. Einrichtungen die wirklich

sehr gut und haltefähig sind haben dann eben oft für längere Zeit keine Kapazitäten für Neuaufnahmen mehr. Die Probleme für solcher Fälle passgenaue Hilfen und Einrichtungen zu finden belastet die SozialarbeiterInnen in den zuweisenden Behörden oft erheblich, weshalb es schon zu überlegen ist ob auf den spezifischen Bedarf für hochbelastete Jugendliche nicht reagiert werden muss und mehr explizit intensivpädagogische Plätze ausgewiesen werden müssen.

7.3 Qualitative Interviews

Der Einsatz qualitativer Methoden ist zur Erfassung von Prozessverläufen weit verbreitet, da sich diese nur schwer mit Fragebogen erheben lassen. Durch das Stellen offener Fragen können die Befragten ihre Wahrnehmung und Erleben frei schildern und den Themen Aufmerksamkeit widmen, die sie als besonders wichtig empfunden haben. So ergibt sich ein Abbild davon, wie die Teilnehmenden den Modellversuch erlebt haben und was sie für sich mitnehmen konnten. Zudem erleichtert dieser Informationsgewinn auch die Interpretation der quantitativen Daten.

Durchgeführt wurden die Interviews im Frühling 2015 in den Modellinstitutionen. Insgesamt stellten sich 22 pädagogische Fachkräfte der Team- und der Leitungsebene für die Befragung zur Verfügung. Nähere Informationen zur Stichprobenbeschreibung bietet die nachfolgende Tabelle.

Tabelle: Anzahl durchgeführter qualitativer Interviews pro Modellinstitution

Institution	Anzahl Teilnehmer der Teamebene	Anzahl Teilnehmer der Versorgungsebene
Alltag	4	1
Burghof	2	1
Rose	4	1
Sommerau	3	2
Waisenhaus	3	1

Um gewährleisten zu können, dass allen Fachkräften die gleichen Fragen gestellt werden, wurde im Vorfeld ein Leitfaden erstellt. Bei der Erstellung des Leitfadens war es ein besonderes Anliegen, dass die Fragen möglichst offen gestellt sind, um keine Antworttendenzen zu suggerieren. Die folgenden Fragen wurden in den Leitfaden aufgenommen:

1. Wie haben Sie den traumapädagogischen Prozess erlebt?
2. Was hat sich bei Ihnen persönlich und in Ihrer Arbeit verändert?
3. Gab es Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Traumapädagogik?
4. Würde der Modellversuch nochmals durchgeführt, was müsste anders laufen?
5. Möchten Sie noch etwas erzählen, das bis jetzt noch nicht zur Sprache gekommen ist?

Bei der Durchführung der Interviews wurde Wert darauf gelegt, dass die Fachkräfte ausreichend Raum bekommen die Themen anzusprechen, die ihnen besonders wichtig erscheinen. Die Intervie-

wer waren frei vertiefende Fragen zu stellen, falls ihnen dies für das Verständnis notwendig erschien. Erst wenn die Fachkräfte keine neuen Punkte mehr ansprachen, wurde die nächste Frage gestellt. Um eine sorgfältige Auswertung möglich zu machen, wurden die Interviews mit einem Tonaufnahmegerät aufgezeichnet.

Transkription und Auswertung

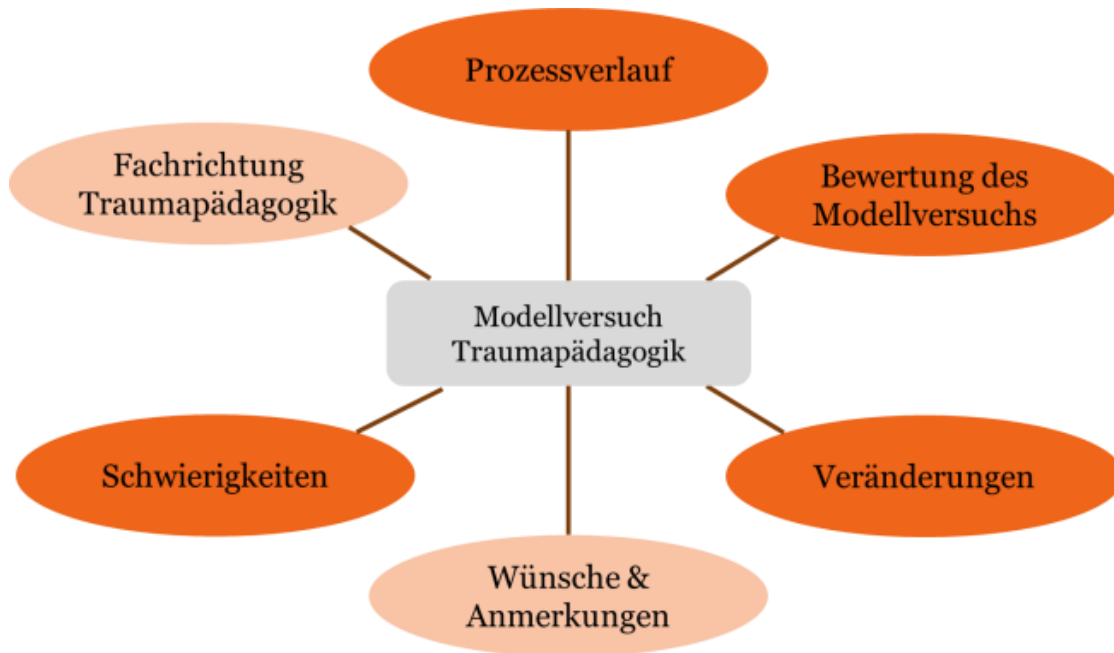
Die Transkription der Interviewaufnahmen erfolgte wortwörtlich mit der Software F4. *Wortwörtlich* bedeutet, dass Laute wie „öhm“ oder „hmm“, sowie Stottern oder Wortwiederholungen nicht transkribiert wurden. Zudem wurden grobe Satzbau- und Grammatikfehler korrigiert, falls sich dadurch der Sinn der Aussage nicht veränderte. Abhängig von der gesprochenen Sprache der Fachkräfte wurden die Interviews entweder auf Hochdeutsch oder Schweizerdeutsch transkribiert. Schweizerdeutsche Zitate wurden für den Bericht nachträglich ins Hochdeutsch übersetzt.

Die Auswertung der Interviews orientierte sich an der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring & Gahleitner, 2010) und wurde mit der Software MAXQDA durchgeführt. Ziel der Analyse war eine thematische Gliederung der einzelnen Sinnabschnitte der Interviews. Beim Durcharbeiten der Interviews wurden zunächst einzelne Kategorien erstellt, die den Inhalt der einzelnen Sinnabschnitte möglichst prägnant wiedergaben. Thematisch verwandte Aussagen wurden der gleichen Kategorie zugeordnet. Jede Aussage musste eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden können. Passte eine Aussage in zwei Kategorien, so wurden diese entweder zusammengefasst oder so umformuliert, dass eine eindeutige Zuordnung möglich war. Für jede Kategorie wurde ein Ankerbeispiel definiert, welches die Zuordnung einer Aussage zu einer Kategorie erleichtern sollte. Die Kategorien wurden hierarchisch geordnet, so dass grob verwandte Kategorien unter einer Oberkategorie zusammengefasst werden konnten. Diese hierarchische Ordnung diente vor allem der Übersicht. Das Ergebnis der Auswertung ist eine Liste mit Kategorien mit jeweils einer Beispielsaussage und der Anzahl Nennungen der Kategorie über alle Interviews.

Ergebnisse

Untenstehende Abbildung zeigt die Oberkategorien, welche sich aus den einzelnen Kategorien ableiten liessen. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zum Prozessverlauf, Veränderungen, Schwierigkeiten und der Bewertung des Modellversuchs näher vorgestellt.

Abbildung: Darstellung der Oberkategorien der qualitativen Analyse



Prozessverlauf

„Es ist auf einem besseren Weg, aber ich würde noch nicht sagen... Also auf einer Skala von null bis zehn sind wir vielleicht schon bei einer sechs oder mittlerweile bei einer sieben ein halb oder so, wenn zehn das ist, was ich anstrebe nach meinen Vorstellungen.“

Tabelle: Die am häufigsten genannten Kategorien der Oberkategorie Prozessverlauf

Kategorien	Ankerbeispiele	Anzahl Nennungen
Zufrieden mit Teilnahme	"Ich finde es sehr cool, dass wir das gemacht haben, weil es hat auch wirklich etwas bewirkt bei uns auf der Gruppe, also allgemein in der Institution. [...] Es zeigt Wirkung, finde ich jetzt, das ganze Denken auch bei uns im Team. Es ist nicht so das, also es sind eigentlich alle überzeugt von dem, was wir machen. Es hat auch allen eingeleuchtet."	7
Weiterführung des Prozesses	"Ich bin jetzt total gespannt auf das, was wir weitermachen, wie es weitergeht. Also wir haben ein paar Projekte im Kopf, wie wir weitergehen möchten, also wir wollen auf alle Fälle in die Richtung weiter in der Institution arbeiten."	4
Dauert, bis Erfolg sich zeigt	"Also wir wollten wirklich immer etwas machen, teilweise hat es Erfolg erzielt und teilweise aber vielleicht auch nicht gleich am Anfang, sondern erst nach ein paar Monaten."	3

Kategorien	Ankerbeispiele	Anzahl Nennungen
Zu Beginn unklar, was Traumapädagogik ist	"Es war am Anfang sehr verwirrend. Es war neu. Ich habe eine Weile gebraucht, bis ich dahinter kam, worum es überhaupt geht, was man mir vermitteln will. Was ist Traumapädagogik? "	2
Hohe Bereitschaft im Team	"Was positiv war, eben auch die Inputs, die das Team gekriegt hat und nachher gefunden hat, das probieren wir mal, das machen wir mal oder was könnten wir da noch machen?. Da habe ich schon gefunden, dass es das Team beeinflusst hat."	2

Der Prozess, der durch den Modellversuch Traumapädagogik angestossen wurde, war vielseitig und tiefgreifend. Die Fachkräfte beschrieben die Teilnahme am Modellversuch als intensiv und dynamisch mit vielen Höhen und Tiefen. Insbesondere die Anfangsphase war geprägt von der Ungewissheit, was auf sie zukommt².

Die ersten Kontakte mit Traumapädagogik entfachten bei vielen Mitarbeitenden Interesse an diesen pädagogischen Konzepten. Der traumapädagogische Ansatz passt zum Zeitgeist der Sozialpädagogen, ihre Leistungen und Konzepte besser beschreiben und begründen zu wollen. Der Ausbau von ambulanten Massnahmen in den letzten Jahren führt dazu, dass die Kinder und Jugendlichen, die in ein stationäres Setting kommen, oft besonders stark belastet³ sind (vgl. Schmid, 2013).

Die Traumapädagogik bietet fundiertes Wissen und Ansatzmöglichkeiten zum Umgang mit diesem Klientel, welches sich auch auf weniger stark belastete Kinder und Jugendliche anwenden lässt. Aus diesem Grund war die Motivation der Fachkräfte hoch, die neuen Inhalte gleich in den Alltag zu integrieren⁴.

Auch wenn die Teilnehmer während den Schulungen oft Parallelen zu ihrer bisherigen Arbeitshaltung wahrnahmen, so gab es auch Bereiche, in denen sie Änderungsbedarf sahen. So wurden die externen Schulungen genutzt um Pläne zu schmieden, welche Veränderung in den Institutionen vorgenommen werden sollen. Oft war die Euphorie so gross, dass den Konsequenzen solcher Veränderungen wenig Beachtung geschenkt wurde⁵.

Die Veränderungen, die in den Institutionen vorgenommen wurden, waren begleitet von Verunsicherung und personellen Konflikten:

² „Am Anfang war es recht unsicher, was das Ganze wirklich genau ist und dann habe ich es aber je länger desto mehr als sehr spannend empfunden“

³ „Der Ansatz liegt ja nah, dass man sagt, die meisten Kinder sind traumatisiert, weil die ambulanten Hilfen länger gehen. Das heisst, dass die, die dann wirklich ins Heim kommen, die haben halt wirklich schon einen recht grossen Rucksack. Also das machte für mich grossen Sinn.“

⁴ „Was positiv war, eben auch die Inputs, die das Team gekriegt hat und nachher gefunden hat, das probieren wir mal, das machen wir mal oder was könnten wir da noch machen?. Da habe ich schon gefunden, dass es das Team beeinflusst hat.“

⁵ „Und dann hat es dazwischen schon etwas chaotische Zustände gegeben, weil halt viele Meinungen gekommen sind, weil jeder das auch anders aufgefasst hat. Da war halt so ein wenig eine Zerfallsphase gekommen, man hat viele Dinge gleichzeitig aufgegeben. Es ist halt schon so, dass die Strukturen vor allem uns helfen, den Betreuern, weil wir uns dann wie an einem Anker halten können und wenn das wegfällt, dann ist von uns viel mehr Eigenverantwortung verlangt.“

„Ja, wir haben einen Teamleiterwechsel gehabt. Der Prozess, dass es dort Konfliktpunkte gab, die schwierig zu bewältigen waren, war schon vor meiner Zeit da. Durch Traumapädagogik, auch da glaube ich, ist es stärker zu Tage getreten. Wir haben dann parallel Konfliktmanagement gehabt mit jemand externem und nachdem dieser Prozess gelaufen war, haben wir alle noch mal gesagt, ok wir versuchen es nochmal und umso mehr wir eigentlich in Traumapädagogik als Team eingestiegen sind, umso mehr hat es eine nicht überbrückbare Distanz zur Teamleiterin gegeben und da ist dann eigentlich pädagogische Leitung plus Geschäftsführung eingesprungen um da einfach auch zu schauen, wer muss da jetzt primär versorgt werden und die Teamleiterin hat dann auch entschlossen dass sie geht.“

Auslöser für die personellen Konflikte waren oft unterschiedliche Vorstellungen der Umsetzung von Traumapädagogik, aber auch unterschiedlich hohe Motivation, die Traumapädagogik zu implementieren⁶. Diese Umstände erforderten viel Kommunikation und Kompromissbereitschaft von den Fachkräften. Nicht alle Ideen liessen sich gleich erfolgreich umsetzen und durch die Zusatzbelastung mit den Schulungen waren nicht immer die Ressourcen vorhanden, die es für die Umsetzung gebraucht hätte. Die Umstände verlangten, dass die Umsetzungspläne nochmals überdacht und an die Situation in den Institutionen angepasst wurden.

Wie üblich bei Veränderungen brauchte es auch bei der Implementierung von Traumapädagogik Zeit, bis sich die angepassten Prozesse eingespielt hatten:

„Momentan finde ich es besser als zu Beginn. Zu Beginn hatten wir das Gefühl alles müssen wir irgendwie versuchen mit traumapädagogischen Ansätzen oder Lösungen zu lösen und heute ist es eine Mischung zwischen dem, was wir früher gemacht haben und Einflüssen der Traumapädagogik. Und es braucht einen Reifungsprozess und ich glaube, dass es gut ist, dass das zwei Jahre gedauert hat. Genau, das Team braucht da Zeit um die Informationen zu verarbeiten, die Theorie zu verarbeiten. Zu verarbeiten, was wir als Team für Werte einfließen lassen.“

Die Bilanz der Fachkräfte fällt trotz der turbulenten Zeit positiv aus^{7 8}. Die wohl grösste Bestätigung dafür, dass die Institutionen vom Modellversuch Traumapädagogik profitiert haben, ist die Tatsache, dass alle Modellinstitutionen gewollt sind, weiterhin in Richtung Traumapädagogik zu arbeiten.

⁶ „Es gibt Grenzen bei den Leuten in ihrer Haltung. Auch wenn man noch so ackert, es ist schwierig, die einen für solch eine Haltung zu inspirieren und motivieren. Respektive, man merkt immer wieder, dass es Rückschritte gibt bei den einzelnen. Den einen fällt das leichter, anderen extrem schwer. Es ist immer wieder auch heute noch die Frage, was muss ich eigentlich mitbringen um überhaupt traumapädagogisch zu arbeiten, so wie wir das gerne hätten.“

⁷ „Und dann, denke ich, ist das Ganze schon wieder aufwärtsgegangen und auch die Dinge, die wir geändert haben aufgrund der Traumapädagogik, die haben immer wie mehr auch Wirkung gezeigt.“

⁸ „Ich fand es gut, ich bin froh, dass ich das Mitmachen durfte. Ich hab davon sehr profitiert, schäm mich nicht dafür, dass ich jetzt das Ding vorzeigen kann [...].“ „Den Prozess der ganzen Schulung, Weiterbildung mit den spannenden interessanten Leuten, den habe ich total bereichernd gefunden. Das habe ich total gut gefunden.“

„Ich bin total gespannt, was wir jetzt weitermachen, wie es jetzt weitergeht. Also wir haben ein paar Projekte im Kopf, wie wir weitergehen möchten. Also wir wollen auf alle Fälle weiterarbeiten in die Richtung hier in der Institution.“

Veränderungen

„Oft ist man aus den Seewis-Tagen zurückgekommen und dachte: Boah, was ist? Nichts ist. Und dann im Nachhinein hat man gemerkt: Doch, es ist immer wieder ganz viel, in kleinen Facetten im Alltag, wo man etwas anders denkt oder es automatisch kommt.“

Tabelle: Die am häufigsten genannten Kategorien der Oberkategorie Veränderung

Kategorien	Beschreibung	Anzahl Nennungen
Anpassung der Regeln	"Wir sind individualisierter jetzt. Wir sind weniger starr, versuchen weniger starr zu sein und mehr auf das Individuum und auf die Fähigkeiten, die die Jugendlichen mitbringen, eingehen zu können und sind mehr in einem Aushandlungsprozess in ganz vielen Bereichen."	24
Veränderungen in der Haltung	"Wir sind in dem Ganzen sicher echter geworden, kongruenter, transparenter. Eben Thema Grenzen setzen, auch mit dem ganzen traumatischen, das passiert ist, ich setze echt Grenzen mit meiner inneren Haltung und dem Äusseren. Und das war früher nicht der Fall. "	14
Mehr Wissen über Trauma & Traumapädagogik	"Das Verstehen von starken Verhaltensauffälligkeiten, zum Beispiel Dissoziieren, das sehen wir immer wieder und das war für mich so vor ein paar Jahren noch eher ein Rätsel, wieso macht er jetzt so zu und ein bisschen ein besseres verstehen, wieso das sein könnte , dass er so zumacht. "	11
Wenig Veränderungen für Implementierung notwendig	"Das vielleicht, es ist einfach ein anderer Fokus, aber ich finde, wir arbeiteten schon sehr, wir haben es vielleicht nicht traumapädagogisch genannt, aber wir haben schon sehr ähnlich gearbeitet. Oftmals ist es einfach noch ein bewussteres Hinsehen mit gewissen Aspekten. Gerade eben Resilienz, Widerstandsfähigkeit, wo man gezielt dann auch mit dem Aspekt oder aus der Perspektive nochmal darauf schaut und nicht auf Beziehungsgestaltung. Das ist vielleicht ein Mittel dazu, aber im Fokus ist dann eben die Resilienzförderung."	7
Entscheidungen mehr begründen	"Zum Teil gab es Unsicherheit, weil nicht mehr so ein klares Regelwerk vorhanden ist. Es gibt schon ein Regelwerk, aber das ist stark individualisiert worden auf den Einzelnen, auf seine Bedürfnisse. Viele Erklärungen warum es bei jemandem anders ist als bei anderen. Wir sind in der Pflicht zu begründen, aber wenn es gelingt zu begründen, wenn das gut begründet ist, dann bekommt man Verständnis von den Jugendlichen."	7
Versorgung der Mitarbeitenden mehr im Fokus	"Ich sehe die Mitarbeitenden jetzt mehr als Kapitalanlage und als Fundament für gutes Arbeiten und dementsprechend nehme ich mir viel mehr Zeit."	6

Kategorien	Beschreibung	Anzahl Nennungen
Ruhiger an Konflikte herangehen	"Vielleicht liegt es auch etwas am Alter. Ich lass mich nicht mehr so schnell auf die Bühne ziehen von den Jugendlichen und von den Mitarbeitenden. Das heisst, ich gehe ruhiger an die Sache heran, bin distanzierter. Ich will zuerst wissen was abgeht bevor ich intervenieren kann und mir irgendeine Meinung bilde. Das ist das tolle Boot, die Suche nach dem guten Grund. Ich war dort früher temperamentvoller, da hat man mich früher auf die Bühne gerufen, wobei ich dann merkte, es ist gar nicht so schlimm oder ist doch nicht so wie es dargestellt wurde, ob jetzt auf Mitarbeiterebene oder Jugendebeane spielt keine Rolle, das ist das gleiche."	6
Umgestaltung der Institution	"Wir haben allgemein unsere Gruppe, die wir haben, konkret angefangen zu gestalten. Also wir haben zum Beispiel, die eine Gruppe war eher eine dunkle Gruppe, es gibt nicht so viel Licht, das hineinkommt, dort haben wir zum Beispiel so Lichtschächte gemacht. Wir waren gerade sowieso dabei das Haus umzubauen."	5
Mehr Verständnis für Fehlverhalten der Jugendlichen	"Den guten Grund versuchen zu kennen oder mit dem Wissen, dass das Kind einen guten Grund haben könnte für sein Verhalten, dass man das versucht zu versorgen und nicht immer wieder das Kind bestraft, weil es irgendwie nicht zuhört oder weil es wegläuft oder so. Das habe ich so für mich mitgenommen."	5
Traumapädagogik in Teamsitzungen	"Wir haben auch immer wieder in den Teamsitzungen, respektive Praxis-Trans für Traumapädagogik, so nennen wir das. Interaktionsanalysen, Klausurtag und so, das fliesst immer wieder rein und irgendwo nehme ich dann auch wieder etwas daraus mit, wenn wir dann so eine Refresher halbe Stunde, so kann man das schon nennen, wenn wir das haben. Wenn man sich wieder ein Modul rauspickt, welches wir nochmals zusammenfassen und nochmal ein bisschen in Erinnerung rufen plus dann noch dazu die Interaktionsanalyse anschliessend, wo man dann das Wissen gleich wieder einfließen lassen kann. "	5
Mehr Selbstreflexion	"Erst recht jetzt für Traumapädagogik, wo die Selbstreflexion einen sehr hohen Stellenwert hat um einfach auch zu schauen, wo sind meine Blindenflecken, wo reagiere ich tatsächlich mit einer persönlichen Note, wo bin ich noch in meiner Professionalität, wie kriege ich das überein."	4
Reflexion mit Jugendlichen über Verhalten	"Dass man mit denen sich hinsetzt und reflektiert, wie habe ich dich wahrgenommen, völlig wertfrei wenn möglich. Zusammenhänge erstellen können, aufzuzeigen, schau, hier bist du bekiff zurückgekommen, hier bist du bekiff zurückgekommen und am Tag darauf bist du nicht aufgestanden, bist mühsam gewesen, hast mehr gefuttert. So diese Zusammenhänge mit ihnen eins zu eins reflektieren zu, sich hinzusetzen und sagen, schau, das haben wir beobachtet. Es ist nicht gut, es ist nicht schlecht, das haben wir einfach gesehen. "	4
Überarbeitung der Beurteilungsinstrumente	"Wir hatten eine Ausgangsvereinbarung, Stufenplan damals noch, jetzt heisst es Ausgangsvereinbarung. Das hat sich geändert mit der Traumapädagogik, wo sie mit uns zusammen, mit der Koordinationsperson zusammen, den Ausgang erweitern können [...] je nach Fähigkeiten."	4

Mehr als ein Fünftel aller Aussagen der Interviews konnte der Oberkategorie "Veränderungen" zugeordnet werden. Die genannten Veränderungen sind vielschichtig: Von Haltungsänderungen gegenüber den Kindern und Jugendlichen zu strukturellen Anpassungen und räumlichen Veränderungen

wurde alles genannt. Die Schulungen haben die Fachkräfte für das Thema Traumatisierung sensibilisiert und diesbezüglich handlungsfähiger gemacht⁹. Diese Sensibilisierung hat auch bewirkt, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten enger geworden ist¹⁰.

In den Schulungen haben sich die Fachkräfte intensiv mit den Bedürfnissen und Versorgungsmöglichkeiten stark belasteter Kinder und Jugendlichen auseinandergesetzt und so ihr Verständnis für das oftmals auffällige Verhalten dieser Kinder erweitert¹¹. Dieses bessere Verständnis für die biologischen Prozesse, die bei Stressreaktionen ablaufen, sowie die Sensibilisierung für den Einfluss von früheren Erfahrungen führten dazu, dass die Fachkräfte das Verhalten der Kinder und Jugendlichen heute anders deuten. Es fällt den Fachkräften leichter, sich von dem gezeigten Verhalten der Kinder abzugrenzen, weil sie verstehen, dass es einen guten Grund für dieses Verhalten gibt und es eine Anpassung an frühere Lebenssituationen darstellt.

Die oft belastenden Lebensgeschichten der Kinder in stationären Settings erforderten Überlebensstrategien, welche in der heutigen Situation zwar als unangemessen angesehen werden können, aber damals ihren Zweck erfüllten. Das Erlernen neuer alternativer Verhaltensweisen fällt nicht allen Kindern gleich einfach. Gerade deshalb ist es wichtig, die Kinder an dem Standpunkt abzuholen, an dem sie sich befinden. Eine Konsequenz dieser Veränderung in der Haltung gegenüber dem Fehlverhalten der Kinder war die Anpassung von allgemeingültigen Regeln und Konsequenzen. Die Fachkräfte aller Institutionen berichten davon, dass sie aufbauend auf dem neuen Verständnis, das Regelwerk überarbeitet haben. Statt rein mit allgemeingültigen Regeln zu arbeiten, werden viel mehr individuelle Vereinbarungen zwischen den Kindern und Betreuenden getroffen. Die individuelle Anpassung basiert dabei auf den Kompetenzen und Defiziten der Kinder:

„Es ist halt schon so, dass Strukturen vor allem uns helfen, den Betreuern, weil wir uns dann wie an einem Anker festhalten können daran und wenn das wegfällt, dann ist bei uns auch mehr Eigenverantwortung gesucht. Also man muss dann kreativ bleiben, aber trotzdem die Interessen der Institution und vom Team vertreten und das ist viel anspruchsvoller, als wenn ich sagen kann, das ist jetzt einfach verboten oder das ist erlaubt. [...] Wir hatten ja so Strichlisten. Es macht es einfacher zu arbeiten, aber es macht es für die Jugendlichen nicht einfacher. Es war zwar sehr vorhersehbar, wie soll ich sagen, es ist nicht willkürlich für den Jugendlichen, wenn er die Regeln kennt und es gibt Striche, aber es hilft nicht, individuell auf ihn einzugehen. Denn es ist einfach etwas das über allem ist. Also es gilt einfach alles für jeden und es ist nicht jeder gleich. Der eine ist da stärker, der andere hat hier seine

⁹ *„Das wachsam sein. Es ist ein anderes hinschauen. Ich bekomme besondere Vorkommnisse, Krisenfälle, Kinder als solches, erlebe ich auch in dieser Institution. Ich stelle mir heute andere Fragen, wieso ein Kind sich vielleicht so oder so verhält. Ich schaue genauer hin, bin vorsichtiger geworden, versuch weniger schnell Urteile zu fällen, was das Kind wirklich hat [...] Und ein Kind, dessen Namen ich jetzt hier nicht nennen kann, wo wir wirklich lange nicht sicher waren, handelt es sich hier um einen Missbrauchsfall, gibt es Übergriffe am Wochenende unter Umständen, wo wir dann wirklich genau hingeschaut haben, wo es mir vorher vielleicht nicht so aufgefallen wär, wo ich früher abgetan hätte unter: Das ist halt das gewöhnliche Verhalten von einem solchen verhaltensauffälligen Kind.“*

¹⁰ *„Viel schneller auch Fachpersonen einzubeziehen, also dass ich viel schneller bei der Psychologin lande und ihr einfach mal einen Hinweis gebe und nicht selber irgend so ein Pauschalurteil fäll und sage, ja wegen dem und dem könnte das und das sein. Also ich habe mehr Respekt vor gewissem Verhalten und bin weniger schnell mir selber eine Meinung zu bilden.“*

¹¹ *„Das ist unser Grundverständnis, was auch im Hirn abläuft, wenn jemand traumatisiert ist und wieso sich dann gewisses äußert. Warum dass vielleicht manchmal nicht aus Verhalten ausgestiegen werden kann oder so. Dieses Grundverständnis, das glaube ich ist schon viel mehr. Also dort, das Thema, das war in der Ausbildung auch schon Thema, aber war natürlich nie so vertieft.“*

Ressourcen und dann macht es keinen Sinn, also es braucht schon eine gemeinsame Basis, aber man kann nicht alles über gemeinsame Regeln regulieren. Und dann war da ein wenig eine chaotische Phase, wo man sich wieder finden musste und auch herausfinden, wie viele Strukturen brauchen wir überhaupt, damit der Laden weiterläuft. Damit es einigermaßen eine Gerechtigkeit auch gibt, nicht dass der eine alles darf und der andere gar nichts. Und das war zum Teil schon ein strenger Prozess und jetzt finde ich, sind wir auf einem guten Weg. Dass wir dort wo es geht möglichst auf den einzelnen eingehen und ihn dort fördern, wo er auch Bedürfnisse hat, aber trotzdem eine Einheit hier hat, dass man sagen kann: Auf der Gruppe haben wir die und die Regeln. Das sind einfach die Grundlagen und die müssen eingehalten werden.“

Das individuellere Arbeiten mit den Kindern macht es notwendig, mehr mit den Kindern in Kontakt zu sein um individuelle Anpassungen zu erklären und zu diskutieren. Dass sich mit der Einführung von Traumapädagogik auch bei den Kindern etwas verändert hat, zeigt folgendes Beispiel:

„Ich habe das Gefühl, dass die Beziehungen zwischen Jugendlichen und Pädagogen besser geworden sind. [...] Durch Kontaktsuche, durch ins Büro sitzen und auch mal einfach da sein und mal nichts sagen, aber in der Nähe bleiben, durch längere Zeiten nach dem Nachtessen. Wir haben eine neue Wohngruppe Esssituation [...], da bleibt man sitzen zum Teil und redet, es stehen nicht gleich alle auf und rennen davon und das ist eine Änderung, die sicher mit dem Zusammenhängt, jetzt weniger mit dem Konzept, aber mit der Haltung.“

Aber nicht nur der Fokus auf die Individualität der Kinder, sondern auch der Mitarbeitenden ist während dem Modellversuch grösser geworden. Verschiedene Studien haben gezeigt, wie häufig Sozialpädagogen während der Arbeit Grenzverletzungen erleben. Diese Belastung wiegt umso schwerer, je schlechter die Fachkräfte von ihren Führungskräften auch emotional unterstützt werden. Dabei ist einerseits wichtig, dass die Fachkräfte einen guten Ausgleich zur Arbeit haben, aber auch, dass die Leitungsebene die Bedürfnisse seiner Mitarbeitenden wahrnimmt und im Arbeitskontext soweit möglich adressiert. In den Leitungsschulungen wurde gerade das Thema Versorgung intensiv behandelt¹². Die turbulente Zeit nach Beginn des Modellversuchs forderte viel von den Fachkräften. Gerade weil sie sich in dieser Zeit wenig versorgt fühlten, bestärkten sie die Inhalte zur Versorgung dazu, diese aktiv einzufordern¹³.

¹² „Was mir speziell am Herzen liegt, ist die Versorgung der Mitarbeitenden. Weil bei den Jugendlichen habe ich das Gefühl, dass ich schon immer in die Richtung gearbeitet habe. Wie wichtig es ist, dass man zu den Mitarbeitenden Sorge gibt, also dem System mit den Kindern und Jugendlichen, mit den Strukturen und auch mit den Mitarbeitenden welches so miteinander verflochten ist. An allen drei Schrauben kann man drehen. [...] Ich finde die Mitarbeitenden sind das A und O um überhaupt so [traumapädagogisch] arbeiten zu können. Die Mitarbeitenden zu schützen vor den Jugendlichen, ihnen Sicherheit zu geben, sie zu versorgen im Sinne von sich Zeit nehmen, abzuhören ob das Klima stimmt, dass sie sich wohlfühlen. Dass sie jederzeit kommen können und man über alles sprechen kann, finde ich die Basis von der ganzen traumapädagogischen Geschichte.“

¹³ „...und für mich war dann da eigentlich so ein Punkt war, wo ich gemerkt habe, ich muss für mich früher deklarieren können und mich da auch dafür einsetzen, wenn was nicht stimmt, grade auf dieser Versorgungsebene. Weil ich selber die Tendenz habe über die Grenzen hinauszugehen und auch zu sagen, ich brauch diese Versorgung und auch darauf zu bestehen, dass ich sie bekomme, damit ich meine Arbeit wirklich auch dann machen kann.“

Neben den atmosphärischen Veränderungen gab es auch direkte Aussagen zu überarbeiteten Strukturen, wie beispielsweise dem Eintrittsprozedere oder der Überarbeitung von Beurteilungsinstrumenten:

„Wir haben uns über das Einstiegmodul stark unterhalten. Also wenn ein Jugendlicher eintritt, wie soll der eintreten. Was kann man dort für eine gute Aufnahme machen. Auber auch der Austritt, es ist ja ganz vieles angesprochen worden und man ha sich da eigentlich mit verschiedenem auseinandergesetzt. Jetzt gerade beim Eintritt haben wir jetzt eine recht aufwändige Sache, wo wir versuchen nach Möglichkeit umzusetzen. Wo Jugendliche nicht einfach gerade hineingestossen werden, sondern sagen, hei der kommt zuerst einmal, bevor er mit den anderen zehn Jugendlichen in Kontakt kommt, und lernt mich mal kennen und eine begleitende Externe und ist mit dem unterwegs ein, zwei Wochen. Und was ist in der Zeit. er lernt, man erzählt ihm von der Institution. Wir sagen, was ihn hier erwartet, was für Gesichter, dass denn hier sind, was für andere Mitarbeitende hier sind, dass er dort ein Bild kriegt. Dass man mit ihm Dinge erleben kann. Damit, wenn er dann hierher kommt, er wenn schon die Mitarbeitenden oder einzelne Mitarbeitende bereits kennt.“

Diese Anpassung erleichtert den Kindern den Eintritt in eine Institution ungemein. Nicht alle Institutionen haben die nötigen Ressourcen, um solch ein aufwändiges Eintrittsverfahren zu implementieren. Aber auch andere Massnahmen, die weniger Ressourcen beanspruchen, wurden genannt. So legte eine Institution mehr Wert darauf, dass die Betreuenden bei den Bewerbungsgesprächen dabei sind. Einerseits, damit die Betreuenden einschätzen können, wie das neue Gesicht in die Institution passt, aber auch damit das Kind bereits eine Person kennengelernt hat, falls es wirklich zu einem Eintritt kommt. So soll das Kind etwas entlastet werden. Eine Institution beschrieb, dass sie die Jugendlichen nun deutlich intensiver auf ein Time-Out vorbereiten, falls es dazu kommt. Bei dem Time-Out werden die Jugendlichen für eine bestimmte Zeit aus den Institutionen genommen und kommen bei einer Bauernfamilie unter. Früher wurden die Jugendlichen nur bedingt darüber aufgeklärt, was sie in der Familie erwartet. Nun legt die Institution Wert darauf, den Jugendlichen aufzuklären, um die Belastung möglichst klein zu halten. Die Schulungen sensibilisierten die Fachkräfte, was es in einem Jugendlichen auslösen kann, wenn er nicht weiss, was mit ihm geschieht. Besonders betont wurde, dass die Kinder und Jugendlichen einen sicheren Ort brauchen. Einen Ort, an dem sie wissen, dass man transparent mit ihnen ist und sie sicher sein können, dass man ihnen wohlgesinnt ist. Das Vorbereiten des Time-Outs ist eine Handlung, um dem Jugendlichen diese Sicherheit zu vermitteln.

Bei der Gestaltung des sicheren Ortes spielt auch die räumliche Einrichtung eine Rolle:

„Ja, dass man die Zimmer noch mehr individuell gestaltet direkt mit dem Jugendlichen. Dass er die Möglichkeit hat Dinge von zuhause mitzunehmen. Dass wir anbieten, nach Hause die Dinge mit ihm abzuholen, wie so ein bisschen ein Abschied dort, Einzug, Umzug in die Institution. [...] Und das ist wirklich, wir bieten an und der kann das Zimmer, also mit ihm zusammen gestalten. Wie wollen wir es einrichten? Möchtest du nicht das ganze Zimmer, aber eine Wand anmalen? Wo du sagst, hei das ist meine Farbe. Das haben wir schon gemacht und ich glaube, da ist es schon noch persönlicher geworden und nicht hei schau, da ist dein Zimmer und hier bist du. Sondern ihm hier Unterstützung zu geben zu sagen, komm machen wir es wohnlich so etwas oder ich biete dir an, das was mir zur Möglichkeit steht, wie ich hier einziehen würde, was ich jetzt vielleicht für Ideen hätte für mich selber, wenn ich ein Zimmer einrichten würde. Und das ist hier möglich [...] Und das waren sicher Einflüsse ganz klar von den Schulungen.“

In diesem Abschnitt wurden einige Veränderungen, die während der Zeit des Modellversuchs Traumapädagogik ausgelöst wurden, vorgestellt. Die Liste der Veränderungen ist lang und bestimmt noch nicht abgeschlossen. Besonders interessant war, dass viele Fachkräfte die Frage nach Veränderungen zunächst damit beantworteten, dass sich nur wenig verändert hat und fast keine Anpassungen notwendig waren. Dennoch wurden im Laufe des Gesprächs derart viele und vor allem vielseitige Veränderungen genannt.

Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es für die Umsetzung von Traumapädagogik keine grundlegenden Veränderungen der Strukturen durch zusätzliche Ressourcen braucht, sondern Haltungsaspekte bereits grosse Veränderungen bewirken können, nicht nur auf Mitarbeiterebene, sondern auch bei den Kindern und Jugendlichen. Selbstverständlich soll im Hinterkopf behalten werden, dass es während der Zeit des Modellversuchs auch andere Quellen gegeben hat, die diese Veränderungen mitbeeinflusst haben. Die Fachkräfte nannten selbst die persönliche Entwicklung, aber auch parallele Weiterbildungen, die die Veränderungen mitgeprägt haben.

Praxiserfahrungen aus der Anwendung von traumapädagogischen Elementen

In diesem Abschnitt werden einige Praxiserfahrungen präsentiert, die die Fachkräfte mit der Umsetzung von traumapädagogischen Elementen gesammelt haben.

Resilienzstunden

In Resilienzstunden verbringen Kinder und Bezugspersonen Zeit zu zweit. Der Fokus in dieser Zeit liegt dabei vollständig auf den Interessen des Kindes. Ziel ist es, dass das Kind in dieser Zeit Freude und Spass erlebt und diese mit dem Betreuer teilt. Dies dient einerseits dazu Kraft zu tanken und andererseits stärken gemeinsame positive Erlebnisse die Beziehung. Das Kind soll dabei selber entscheiden können, auf was es Lust hat. Die Fachkraft soll diese Aktivität aber dazu nutzen, spezifische Resilienzfaktoren des Kindes zu fördern. Auf die Frage, was in Resilienzstunden denn so gemacht wurde, antwortete eine Fachkraft wie folgt:

„Schach gespielt, Pingpong gespielt. Der eine Jugendliche hat mir sein Hobby näher gebracht. Der macht elektronische Musik am Computer und legt auch als DJ auf und dann sassen wir unten im Musikraum und haben zusammen ein Lied komponiert, mehr oder weniger. [...] Ich bin da einfach voll auf dem seine Ebene eingestiegen und das war recht gut. [...] Ich habe mich gefreut, konnte ich mal mit ihm reihocken und mir wirklich Zeit für ihn nehmen und mal in seinem Hobby ein bisschen mitzuwirken. Er hat sich gefreut, dass er von mir mal eine Meinung bekommen hat über das, was er da macht und das ich mich dafür mal interessiert habe. Das hat natürlich schon die Beziehung gefördert. Solche Sachen sollte man viel öfters machen, nur ist das dienstplanmässig kaum machbar.“ Eine andere Person beantwortete, wie sie die Resilienzstunden mit dem Bezugskind nutzt wie folgt: *„Es hat einen Bezugspersonenwechsel gegeben und er ist an einem Mystikstock gewesen, einen Stock am Schnitzen und ich habe das dann weitergezogen. [...] Er schnitzt gern, ist gern im Wald, ist einfach gern handwerklich tätig. [...] Ich versuch dort mit ihm gewisse Themen anzusprechen, die ihn belasten, die ihn beschäftigen.“*

Der Einsatz von Resilienzstunden wurden in den Schulungen nicht nur auf der Ebene der Betreuenden und Kind vorgestellt, sondern auch auf der Teamebene. Ziel von Team-Resilienzstunden ist es ebenfalls, die Beziehung untereinander zu fördern, um eine tragfähige und vertrauensvolle Basis für eine gemeinsame Arbeit zu bilden. Gerade weil die Zusammenarbeit in der Traumapädagogik intensiver ist, da es Einigkeit über das Vorgehen mit jedem einzelnen Kind braucht, ist es wichtig, dass auch hier die Beziehung gefördert wird. Folgendes Beispiel zeigt, wie eine solche Team-Resilienzstunde umgesetzt wurde:

„Ich bin seit November Teamleiterin und ich finde es auch wichtig, dass man im Team die Resilienz fördert, also auch immer wieder Gefässe zu schaffen, in denen das Team auch zusammen positive Erfahrungen sammeln kann und im Alltag gestärkt ist. [...] Am Teamtag zum Beispiel gingen wir grillieren und haben zusammen die Sachen fertig gemacht und zusammen gegessen und es sehr genossen auch mal über private Sachen zu reden und zu lachen und Witze zu machen, wo ich das Gefühl habe, dass auch die Beziehungen im Team gestärkt worden sind.“

Auch wenn die Erfahrungen mit den Resilienzstunden durchs Band als positiv beschrieben wurden, wurde auch oft ein Stolperstein genannt: Die zeitliche Ressource. Gerne würden die Fachkräfte die Resilienzstunden regelmässiger einplanen, aber oftmals klappt es aufgrund des engen Zeitplans nicht häufiger als einmal im Monat.

Der sichere Ort

Der sichere Ort ist ein Konstrukt der Traumapädagogik, das auf dem Gefühl der Sicherheit aufbaut. Auch dies gilt wieder für die Kinder und Jugendlichen, wie auch für die Fachkräfte selbst. Im sicheren Ort kann man sich entspannen und braucht nicht ständig auf der Hut zu sein. Besonders traumatisierten Kindern und Jugendlichen fällt dieses Entspannen besonders schwer. In diesem Beispiel beschreibt eine Fachkraft sein Verständnis für den sicheren Ort:

„Den sicheren Ort auch zu transportieren zum Klient, dass er auch mal etwas falsch machen darf und dass das nicht gleich in Frage stellt, ob er hier bleibt oder nicht. Er darf darauf vertrauen, dass man verbindlich ist mit ihm, dass man wohlwollend ist.“

Wie bereits im Abschnitt „Veränderungen“ erwähnt wurde, fließt auch räumliche Gestaltung mit in den sicheren Ort. Eine Institution hat einen geplanten Umbau genutzt, um den sicheren Ort noch etwas mehr in der Institution zu integrieren¹⁴. An einem weiteren Beispiel soll gezeigt werden, wie der sichere Ort zu einem Jugendlichen transportiert wurde, der sich in einer Ausnahmesituation befand:

„Dann habe ich einen Jugendlichen gehabt, [...] der ist am Sonntagabend gekommen und hat mir gesagt: „[Name], es ist etwas passiert.“ Und ich bin wirklich auf ihn zugegangen und habe zugehört, was passiert ist [...] Er hat mir viele Dinge erzählt, die schief gelaufen sind [...] und er hat gesagt, dass die Polizei jederzeit kommen kann. Und dann habe ich überlegt [...] und gesagt, ich bin hier. Es kommt niemand in deinen Raum, bevor nicht ich zuerst in den Raum komm. Sicher, es war nicht gut, was passiert ist, aber du bist hier im Moment sicher. Und dann tatsächlich um 6 Uhr am Morgen ist die Polizei gekommen. Ich war wach, habe die Polizei empfangen und sie wollten zu ihm ins Zimmer. Und ich habe gefunden, nein, zuerst gehe ich allein. Ich bin dann aufs Zimmer, hab einen guten Morgen gewünscht und ihm gesagt: „Von denen du mir gestern erzählt hast, die sind jetzt hier. Aber ich wollte nicht, dass sie zuerst reinkommen, sondern ich. Steh auf, mach dich fertig, ich hole die beiden. Vor der Traumapädagogik hätte ich mit der Polizei die Türe verbarrikadiert. Ich hätte anders reagiert.“

Dies stellt nochmals dar, dass der sichere Ort auf die verschiedensten Weisen generiert werden konnte.

Ampelrunden

Ampelrunden sind Reflexionsrunden, in denen verschiedene Situationen besprochen und das gezeigte Verhalten eingeordnet werden. Wichtig bei der Umsetzung dieser Runde ist, dass ganz klar das gezeigte Verhalten und nicht das Verhalten einer Person allgemein bewertet wird. Durch diese Runden sollen die Kinder und Jugendlichen ein Verständnis dafür kriegen, warum gewisse Verhaltensweisen in bestimmten Situationen als unangemessen eingeordnet werden und alternative Verhaltensweisen andere Konsequenzen gehabt hätten. Positiv aufgefallenes Verhalten wird dabei der Farbe „Grün“ zugeordnet, negatives der Farbe „Rot“. Bewertung, wie gut oder schlecht, sollen bei den Reflexionsrunden vermieden werden. Folgendes Beispiel beschreibt, wie eine solche Ampelrunde umgesetzt werden kann:

¹⁴ *„Also bauliche Sachen waren in der Form, dass wir den Gang nach hinten in den Schlafbereich, wo wir so Oberlichter einbauten. Das war vorher einfach ein dunkler Gang, wo man mit Licht beleuchten musste, sonst war es eigentlich nie so hell gewesen. Dann hatten wir das Gefühl, bei das ist nicht nur am Abend vielleicht manchmal so etwas für den einen oder anderen unsicher oder kann unsicher wirken. [...] Dann haben wir, weil wir die Aussenhülle des Hauses, Gelände, sowieso gemacht haben, die Oberlichter hineingemacht und jetzt ist es wirklich während dem Tag, hast es dort schön hell und ich glaube das gibt schon eine gemütlichere, zufriedener, so etwas eine einladendere Stimmung.“*

"Wir haben die Ampel eingeführt, wo es um Rückmeldungen geht. [...] Es geht nicht darum, dass du das gemacht hast, sondern es geht darum, den negativen Aspekt rauszunehmen aus der Formulierung und man nicht mehr sagt, das hast du nicht gut gemacht, sondern dass man sagt, das habe ich rot von dir gefunden oder ich habe es orange gefunden, hellgrün [...] Wir haben die Ampel eingeführt und haben eigentlich so kommuniziert, also die Formulierungsweise in den Alltag einfließen lassen [...] und machen die Ampelrunde jeweils am Freitag, wo die Kinder Rückmeldungen geben dürfen: Ich fand von mir selber grün, dass... Ich fand von mir selber rot, dass... Klient XY, ich fand von dir grün, dass du [...] Einfach auch für die Selbstreflexion und Rückmeldungen geben können an andere." Ein anderes Beispiel für Erfahrungen mit den Ampelrunden: „Das haben wir eingeführt in der Gruppe und machen es einmal in der Woche und ich das Gefühl habe, dass die Kinder davon profitieren können, dass ihre Reflexionsfähigkeit und durch das auch [...] ihre Empathiefähigkeit für die anderen Kinder verbessert werden kann.“

Solche Reflexionsrunden in Gruppen stärken neben dem Gemeinschaftsgefühl auch das Verständnis für die anderen Kinder. In den Gruppen können positive Veränderungen besprochen und neues Verhalten geübt werden.

Interaktionsanalyse

In der Interaktionsanalyse geht es darum, im Team eine spezifische Interaktionssituation zwischen Kind oder Jugendlichen und Betreuenden nochmals aufzugreifen und diese zu analysieren. Ziel der genauen Analyse der Situation ist es zu verstehen, wie diese Situation entstanden ist, was es bei den Beteiligten ausgelöst hat, um so auch darauf schliessen zu können, weshalb der/die Jugendliche entsprechend reagiert hat. Während der Analyse fließen nicht nur die eigenen Interpretationen, sondern auch noch die Meinung Unbeteiligter hinein, wodurch wichtige Aspekte angesprochen werden können, die man sonst übersehen hätte:

„Was ich super finde, was wir auch jetzt noch regelmässig machen mit intensiver Vor- und Nachbereitung ist die Interaktionsanalyse. Wir haben das anfangs mit eurem Formular gemacht und sind mittlerweile wieder etwas weg davon gekommen und haben selber eine Art Fallbesprechung gestaltet, so wie wir das für richtig finden. Wir haben das einfach an unsere Institution angepasst und das finde ich sehr hilfreich für den Alltag, für das Verständnis für gewisse Befindlichkeiten der Kinder.“

Der gute Grund

Hinter dem Konzept des guten Grundes steckt die Annahme, dass ein Verhalten, ob gut oder schlecht, immer einen Zweck erfüllt und auf Erfahrungen mit diesem Verhalten basiert. Kinder und Jugendliche in Institutionen mussten oft schon belastende Ereignisse erleben. Im Sinne des „Überlebens“ entwickelten sie Strategien, um mit unliebsamen Situationen fertig zu werden.

Diese Strategien waren in diesen Situationen erfolgreich und den Umständen angepasst. Mit dem Übergang in das stationäre Setting sind einige dieser Strategien nicht mehr notwendig. Da die Kinder

und Jugendlichen es nicht anders kennen, wenden sie diese Strategien aber auch weiterhin an und können nur mit Unterstützung von aussen merken, dass dieses Verhalten nicht mehr angemessen ist und dass es andere Verhaltensweise an deren Stelle gibt, die besser zur Situation passen.

Die Jugendlichen haben aber mit den neuen Situationen wenig Erfahrung und weichen daher oft auf das bekannte Verhalten zurück. Das Verständnis, dass dieses oft auffällige Verhalten nicht absichtlich geschieht, sondern für die Kinder und Jugendlichen eine Lösungsstrategie darstellt, die sie über Jahre entwickelt haben, schafft für die Fachkräfte die nötige Distanz, um das Verhalten nicht als Angriff gegen sie als Person zu verstehen:

„Allgemein auch der Umgang mit den Jugendlichen ist einfach viel mehr halt Verständnis, zurückschauen, warum verhalten sie sich überhaupt so. Der Gute Grund, die Weil-Frage, wirklich suchen gehen, was ist das Problem? Und durch das gibt es dann nachher auch ein andres zusammenarbeiten. Du hast viel mehr Verständnis für ihren Scheiss, den sie machen. Für ihr wirklich mühsames Verhalten teilweise auch.“

Schwierigkeiten

Kategorien	Beschreibung	Anzahl Nennungen
Beschränkte Ressourcen	"Das andere, was halt ist letztlich von den Ressourcen her, wir haben ja nicht mehr. Wir haben weder finanziell noch personell, haben wir keine anderen oder neuen Ressourcen. Selbst wenn man jetzt noch merken würde, es wäre gut, dass man mit jedem Jugendlichen nicht nur eine sondern drei Resilienzstunden machen würde, was auch immer, das muss irgendwie machbar sein und es wird ja wahrscheinlich keine neuen Möglichkeiten geben. Darum muss man schauen, was man damit macht. "	25
Ungleichgewicht zwischen Verständnis und Konsequenz	„Ja, die Schwierigkeit finde ich wirklich, dass man zu fest in das Verständnis hereinrutscht, sage ich jetzt mal und zu wenig klare Grenzen aufzeigt. Das finde ich die eine Schwierigkeit, vor lauter Verständnis für die Situationen.“	13
Personalwechsel	"Eben die vielen Wechsel auf der Teamebene und auf der Geschäftsleitungsebene war eine grosse Schwierigkeit oder hat dort eine grosse Schwierigkeit dargestellt für das Projekt."	11
Komptabilität mit Traumapädagogik	"Diese individuelle Geschichte, dass wenn ich Schwierigkeiten ansehe, das ist natürlich ein Aspekt, der gut sein kann, da drauf zu achten, was ist mit dem Kind passiert. Was ist mit der, klar, psychologisch klar, das Individuum wird angeschaut. Wie geht es dem Kind, der Person mit den Reizen, mit der Umwelt, die es umgibt. Da ist mir teilweise die Priorität einfach sehr stark eben auf das Individuum, auf den einzelnen Menschen gemacht und mir fehlt tendenziell manchmal einfach der Bezug dann einfach auch zu dieser Normalität. Die Normalität, die wir letztendlich hier doch haben in der Gesellschaft, das heisst dass man ganz normal arbeiten gehen muss, man will Geld kriegen, wenn das nicht geht, Sozialhilfe oder IV oder wie auch immer."	10

Kategorien	Beschreibung	Anzahl Nennungen
Fehlende Umsetzungsansätze	"Das andere finde ich, ich habe manchmal gemerkt, dass ich wie etwas zu wenig Handwerkszeug mitbekommen habe. Also konkret, was mach ich in solchen Situationen. Klar, es heisst vieles mit ihnen auszudiskutieren, zu begründen. Was ist wenn jemand völlig bockt, ich hatte das Gefühl, wir kamen immer wieder an Situationen, bei denen wir merkten und jetzt? Was machen wir jetzt? Also wie so etwas wenig konkret. Jetzt nicht einen Masterplan für die Situation, aber so Handwerkzeug."	9
Zu viele Änderungen gleichzeitig	„Ganz allgemein mit viel Tatendrang am Anfang von unserem Team, dass das Gefühl hatte, wir saugen alles auf, nehmen alles mit und versuchen nach jedem Modul oder nach jeder Schulung möglichst viel umzusetzen. Das hat uns am Anfang sehr rausgefordert, weil wir dann so viel ändern wollten und das war vielleicht fast zu viel und haben uns dort etwas verrannt. Im Nachhinein hätten wir einfach langsamer starten müssen. Mehr aufnehmen und schauen, was wollen wir überhaupt umsetzen und das war vielleicht etwas Teambedingt. Wir sind alles so etwas Macher und wollen möglichst viel umzusetzen, aber haben dann so viele neue Möglichkeiten gesehen, dass wie überfahren wurde und nicht, also ich glaube mit weniger hätten wir uns weniger verrennt. [...] Genau, zu viel wollen Wir mussten nach einem Jahr sortieren und sagen, ok, was wollen wir jetzt wirklich von dem alles übernehmen und was hat sich auch bewehrt beim Ausführen.“	8
Ansatz passt nicht zu allen	„ Man kann es wie nicht einfach über jeden Jugendlichen stülpen. Bei den einen zieht das und bei anderen, jetzt gerade bei so Borderline Tendenzen habe ich so das Gefühl, sind wir wie nicht weitergekommen.“	8
Getrennte Prozesse für Leitung und Team	"Die Entkopplung von den Modulen Teamleitung und Team hab ich als sehr ungünstig empfunden, weil nie so richtig klar war, wo steht eigentlich die Teamleitung und wo stehen wir als Team und es gibt im Alltag nicht genügend Zeit und Raum um da aufeinander zu zugehen, da muss man schon sehr eingespielt sein miteinander um das bewältigen zu können, war also mein Eindruck."	8
Mitarbeiterversorgung kam zu kurz	„Was ich schade fand, in dem Projekt wurde grossen Wert auf die Versorgerkette gelegt, dass eben die Mitarbeitenden auch versorgt werden von der Geschäftsleitung und wir dann die Kinder dementsprechend versorgen können und dass der sichere Ort für die Kinder und für die Mitarbeitenden eben sehr wichtig ist. Das war für mich in dem Projekt im Vordergrund und war mir auch so bewusst geworden. Was ich schade fand, dass das in der Umsetzung viel zu wenig in den Vordergrund kam. Oder ich das zu wenig gespürt habe.“	6
Verunsicherung durch Veränderung	„Beim Anfang war noch viel Unsicherheit da, was das jetzt genau heisst, was man jetzt alles anders machen muss, was für Jugendliche kommen werden und schon auch im Alltag wirklich, wie soll man reagieren.“	6

Kategorien	Beschreibung	Anzahl Nennungen
Uneinigkeit im Team über Massnahmen	"Und heute merk ich an den Teamsitzungen, die sind zum Teil sehr anstrengend, weil meine Haltung hat sich verändert und wir sind sieben Personen im Team. Sieben Personen haben eben nicht die gleiche Haltung und wenn wir jetzt diskutieren und Dinge miteinander betrachten, sagen wir mal gestern ist etwas schief gelaufen, da ist etwas passiert, dann muss ich wirklich sieben Leute überzeugen können. "	6
Abnehmende Motivation	„Weil die Motivation in den drei Jahren war sehr verschieden. Zuerst hat man gespannt auf etwas gewartet und erhofft, und dann irgendwann ernüchternd gemerkt, das ist ja gar nicht so messbar und es ist jetzt nicht so, dass man an die Traumapädagogik-Weiterbildung geht und dann kann man gleich alles umsetzen und es läuft und man hat ein Resultat. Sondern es ist etwas so komplexes und weitgehendes, dass man in der Mitte der Ausbildung, also so war es bei mir, dass man irgendwie so ein Stück weit oder eine Zeit lang braucht, bis man akzeptiert hat, ok, das ist nicht etwas, das man einfach eins und eins gleich zwei, das ist es wirklich nicht. Und da stehe ich jetzt zum Beispiel nicht allein mit dem, mit der Haltung oder der Erkenntnis. Es ist eine Erkenntnis von mir über die Traumapädagogik.“	5
Offenheit für traumapädagogische Arbeitsweise	"Es gibt eine Grenze in der Haltung bei den Leuten. Auch wenn man noch so ackert, es ist schwierig, die einen für solch eine Haltung zu inspirieren und zu motivieren. Respektive, man merkt immer wieder, dass es Rückschritte gibt bei den Einzelnen. Den einen fällt das leichter, anderen extrem schwer. Es ist immer wieder auch heute noch die Frage, was muss man eigentlich mitbringen um traumapädagogisch arbeiten zu können, so wie wir es gerne hätten."	5
Schwierigeres Klientel	"Ich war nicht viel vorher hier, aber ich habe es schon etwas miterlebt, also ich habe die alte Gruppe schon miterlebt. Dort waren es andere Jugendliche. Das muss man fairerweise schon auch sagen. Die Jugendlichen, die wir jetzt bekommen, sind komplexer als früher. "	4
Nicht alles durch Weiterbildung erlernbar	„ich glaube die Hauptschwierigkeit ist der Punkt der Reflexion find ich. Also dass selbst wenn man die Haltung einnimmt und reflektiert und so, es gibt Punkte, die kann man nicht, auch durch Berufserfahrung nicht, also diese Empathie zum Beispiel ist so ein Punkt, die brauche ich für diesen Job und die brauche ich bei diesem Klientel umso mehr, weil viele von den Jugendlichen schweigen oder fluchten oder wütend werden, also in irgendeiner Form mit ihren Emotionen nicht umgehen können und dann eigentlich die Empathie und die Reflektiertheit zu haben, wann ist da der angemessene Zeitpunkt. Das kann ich auch durch Traumapädagogik nicht herzaubern, das muss irgendwie als Basis da sein.“	4

Auch wenn die Bilanz des Modellversuchs mehrheitlich positiv ausfällt und eine grosse Zahl an positiven Veränderungen genannt wurden, die Dank der Traumapädagogik eingeführt werden konnten so wurden ebenso häufig Stolpersteine genannt, die die Implementierung der Traumapädagogik erschwert haben. Einige dieser Hürden werden in diesem Abschnitt weiter ausgeführt.

Die Teilnahme am Modellversuch bedeutete für die Fachkräfte eine Zusatzbelastung. Die Ressourcen, die für die Durchführung des Modellversuchs benötigt wurden, sind sowohl von der Forschungsabteilung der KJPK, als auch von den Institutionen deutlich unterschätzt worden. Eine der grössten Hürden dabei stellt die aktuelle Situation der Schweizer Heimszene dar:

„Was mich im Moment beschäftigt, ist so all die positiven und wohlwollenden Elemente, die die Traumapädagogik eigentlich reinbringt, also die Frage nach dem sicheren Raum, die Frage nach der Stärkung der Mitarbeitenden, der Resilienz von uns Mitarbeitenden, den Mitarbeitenden Raum geben, Zeit geben, dass er sich auch vertieft der Thematik widmen kann auch im Arbeiten. Wo ich einfach merke, das steht so etwas gegen eine allgemeine, so diametral gegen die Entwicklung in der Heimszene. Wir sind unter Druck, also unter Druck von den Ressourcen her. Die Kantone, die finanziell angespannt sind. Der stationäre Bereich, der ganz generell unter Druck ist ein Stück weit, wo heute alles schreit nach ambulanten Massnahmen und Integration und ja kein stationären Aufenthalt. Das gibt Druck. Es gibt Veränderungen, es gibt Unsicherheiten und in der Phase von Unsicherheit und Veränderung den sicheren Raum bieten zu können und immer genügend Ressourcen zu haben um wirklich auch traumapädagogisch fundiert und seriös arbeiten zu können. Sich nicht dem Druck hinzugeben und nicht, wie soll ich jetzt sagen, auf etwas zu verzichten, dass die Traumapädagogik eigentlich hoch hält, das ist wahnsinnig schwierig. Wie soll ich einen Mitarbeitenden stärken, wenn ich ihm eigentlich sagen muss, du hast weniger Ressourcen als vorher. Wie soll ich einem Mitarbeitenden sagen, verhalte dich traumapädagogisch korrekt, nimm dir Zeit, wenn eigentlich die Zeit gar nicht da ist. Wie soll ich einen sicheren Rahmen schaffen, wenn ich nicht weiss, ob es die Wohngruppe in einem halben Jahr noch gibt, weil einfach die Plätze nicht besetzt sind, weil wir uns Gedanken machen, ob wir uns nicht verkleinern müssen. Wie passt das zusammen? Das ist eine grosse Herausforderung. Eigentlich dem Mitarbeitenden Sicherheit zu geben, einen sicheren Rahmen zu geben, damit er stabil ist und selber Sicherheit in der Arbeit mit den Kindern geben. Wie soll ich das machen, wenn die Situation eine andere ist. Wenn sich die Welt anders rum dreht und eher Druck da ist und wenig Verständnis für stationäre Aufenthalte, weil die ganze Welt etwas anderes sagt. Wenn die Welt sagt, stationär ist Geschichte, ambulant vor Ort ist Trend. Das unter einen Hut zu bekommen ist eine grosse Herausforderung.“

Auch durch das Wegbleiben von Arbeitskräften während den Weiterbildungen, wurde grosse Flexibilität vom restlichen Personal verlangt¹⁵. Jedoch nicht nur die zusätzliche Arbeitsbelastung durch das Fehlen eines Teils des Teams forderte viel von den restlichen Arbeitskräften, sondern auch die Tatsache, dass an den Schulungen Veränderungspläne erstellt wurden, die sie dann mittragen mussten, ohne dass sie genau wussten, weshalb¹⁶. Die Belastungen führten zu Unstimmigkeiten im Team, de-

¹⁵ „Und eben, das negative war schon, für diejenigen, die vielleicht noch in einer Ausbildung sind. Wo das Team weg war, da mussten die eben, das was ich vorher etwas sagte, es war intensiv für die Leute, die einzelnen. Die Jugendlichen auf der Gruppe sind dann trotzdem hier. Und es war, wer schaut jetzt zu denen und das war auch organisationsmässig oder es ist dann, ich sage jetzt nur das Hauptteam ist dann in der Schulung und dann hast du die, die vielleicht noch neu sind oder Praktikanten und das ist immer noch etwas die Gefahr, dass es vielleicht während dieser Zeit etwas schwieriger ist hier im Haus.“

¹⁶ „Wir hatten zwei Personen, die nicht involviert waren und für die war es glaube ich schwierig unsere Gedanken manchmal mitzutragen oder für uns war vieles klar, wir haben die gleiche Sprache geredet mit Dingen, die wir halt gebraucht haben, Ausdrücke, die von den Schulungen waren. Und ich glaube da mussten unsere anderen Mitarbeitenden viel Anpassungsleis-

ren Klärung wiederum Ressourcen benötigten. Nicht alle Probleme konnten geklärt werden und es gab einige Personalwechsel während des Modellversuchs. Diese Wechsel warfen die Entwicklungen in den Institutionen zurück, da das neue Personal zunächst in die Traumapädagogik eingearbeitet werden musste. Aufgrund der knappen Ressourcen geschah diese Einarbeitung nicht überall gleich konsequent¹⁷.

Dieser Stolperstein hätte durch eine bessere Planung und Begleitung verhindert werden können. Die Personalfluktuation ist in diesem Beruf relativ hoch und daher ist es wichtig, dass die Weiterführung von Traumapädagogik auch bei Personalwechseln gewährleistet ist.

Eine weitere Schwierigkeit im Alltag war es, die Ebenen der Leitung und des Teams zusammenzubringen, um ein gemeinsames Ziel zu definieren. Der Alltag bot keinen Raum für zusätzliche Sitzungen und die Klausurtagung waren zu kurz dafür¹⁸. Bei der direkten Implementierung von traumapädagogischen Elementen in den Alltag bestand die Schwierigkeit besonders darin, dass zu viele Änderungen gleichzeitig beabsichtigt waren. Diese führte zur Verunsicherung beim Team und auch bei den Kindern und Jugendlichen:

„Ganz allgemein mit viel Tatendrang am Anfang von unserem Team, wo das Gefühl hatte, ok wir saugen alles auf, nehmen alle mit, versuchen nach jedem Modul oder jeder Schulung möglichst viel umzusetzen. Das hat uns am Anfang sehr herausgefordert, weil wir so viel ändern wollten und vielleicht fast etwas zu viel und uns dort etwas verrannt haben. Genau, wie im Nachhinein einfach hätte langsamer starten müsste. Mehr aufnehmen sollen und schauen, was wollen wir überhaupt umsetzen. Und das war vielleicht etwas Team-bedingt, dass wir alles so etwas Macher sind und möglichst viel umsetzen möchten, aber haben dann so viele neue Möglichkeiten gesehen, dass wie vielleicht überfahren wurde und nicht, wie soll ich das sagen, ja ich glaube mit weniger hätten wir uns weniger verrannt.“

Oftmals gab es zwar Ideen, wie sich traumapädagogische Elemente in den Alltag integrieren liessen, allerdings mangelte es dann nicht selten an den nötigen Ressourcen, um diese Ideen auch wirklich umzusetzen¹⁹. Für komplexe Change Management-Prozesse in Institutionen wie einem solch umfas-

tungen machen. [...] Also ich kann mir vorstellen, dass es für sie eine Schwierigkeit war nachzuvollziehen, dass wir immer weg waren oder oft und dann Dinge bringen, die sie wie nicht, oder Teamentscheidungen gefällt haben innerhalb der Schulungen, die sie dann einfach mittragen mussten.“

¹⁷ *Nein ich habe den Anfang nicht miterlebt, aber was ich schon merke, man kann auch glaube ich auf Leitungsebene oder auf anderen Ebenen einen Wechsel machen, muss aber dafür sorgen, dass verbindlich und verantwortlich die Stäbe weitergegeben werden und das ist hier ganz sicher nicht passiert. Und ich weiss nicht, ob das andere besser hinkriegen, aber wir haben es nicht so wahnsinnig gut hingekriegt. Oder wir, also die, ich bin erst dazugekommen.“*

¹⁸ *„Denn würde ich neben diesen Klausurtagen, die wir ja regelmässig hatten nach den Workshops von der Teamebene, hätte ich so mindestens all halbes Jahr oder einmal im Jahr hätte ich einen gemeinsamen Workshop gemacht. Also ich hätte di Teamebene mit der Versorgerebene zusammengenommen und hätte vielleicht nicht drei, aber zwei Tage einen Workshop gemacht. Weil wir merkten einfach an den Klausurtagen, es war immer zuerst ein warm werden. Und dann war es ein Arbeiten und dann hat man gemerkt, dass die Zeit reicht nicht und dann wurden gewisse Dinge vertagt und dann nachher ist wieder zwei Monate nichts mehr gegangen und dann musste man wieder warm werden. Wir hatten nie genügend Zeit um beide ebenen zusammenzubringen.“*

¹⁹ *„Man ist so sehr in den Arbeitsalltag eingebunden und das tat mir irgendwo auch immer Leid, wenn man mit super guten Ideen oder neuen Erkenntnissen oder Gelerntem aus so einem Modul wieder gekommen ist und dachte so und so machen*

senden Modellversuch, ist es daher wichtig, die Institutionen und Fachkräfte auf allen Ebenen möglichst transparent über die notwendigen Ressourcen und Stolpersteine aufzuklären sowie bei der Planung und Umsetzung der Ziele weiter zu unterstützen. Ganz wichtig dabei ist, die bestehenden Ressourcen in Betracht zu ziehen und gegebenenfalls projektbezogen gezielt zu erhöhen, da diese der grösste limitierende Faktor für die Veränderungen war. Zudem sollten die Institutionen darauf vorbereitet werden, dass die Veränderungen über eine lange Zeit langsam implementiert werden und ein sofortiger Wandel unrealistisch ist.

Eine weitere, häufig genannte Problematik war die Verunsicherung bezüglich individueller Regeln und Grenzen. Durch die Suche nach dem guten Grund und dem Verständnis für die Schwierigkeiten der Kinder und Jugendlichen fiel es manchen Fachkräften schwer, Grenzen zu ziehen:

„Was auch ein Punkt war, den viele in den Klausurtagen noch angeschaut haben, war das Verständnis für Traumatisierung, Verständnis für Verhalten und dann aber im Gegenzug dazu eine Handlungsohnmacht, Handlungsunfähigkeit, weil ganz viel Verständnis. Ich versteh ja jetzt dass du dich, du hast ja so Schlimmes erlebt und irgendwie ist jetzt alles ganz schlimm und deshalb verhältst du dich so. Trotzdem braucht es eine Grenze und dann war halt dieser Satz, ich verstehe, aber ich bin nicht einverstanden mit dem wie du dich verhältst. Egal was du erlebt hast, da ist einfach eine Grenze und das braucht es trotzdem und dann brauchten wir ein handlungsfähiges Team. Das ist zu kurz gekommen in dem ganzen Prozess, wie gehen wir handlungsorientiert um mit solchen Themen, wenn das kommt.“

Das Aushandeln von individuellen Grenzen und entsprechende Konsequenzen unter dem Fokus der traumapädagogischen Haltung ist ein sehr fruchtbarer Prozess, der von einem Team in dessen Rahmen regelmässig geleistet werden muss, da alle sozialpädagogischen Fachkräfte im Team mit der gleichen Haltung in ähnlicher Art und Weise auftreten und ihre pädagogischen Interventionen und Regeln vertreten müssen. Dies erfordert im Team eine gründliche Besprechung, da alle Beteiligten die Entscheidungen mittragen müssen und frisst viele wertvolle und teure Teamressourcen/-zeiten. Diese Diskussionen fördern jedoch auch die Kohäsion im Team, da es, um sich einig zu werden, notwendig ist, immer wieder eine gemeinsame Haltung zum Verhalten der Jugendlichen zu entwickeln²⁰. Angesichts der Veränderungen in der Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen scheint sich diese Investition jedoch zu lohnen.

Auch bei der direkten Zusammenarbeit mit den Kindern und Jugendlichen gab es einige Hürden für die Traumapädagogik. Gerade in der Phase, in der Konsequenzen weniger klar durchgezogen wurden, weil ‚Verständnis‘ mit ‚alles durchgehen lassen‘ verwechselt wurde, nutzten einige Jugendlichen die Verunsicherung aus und setzten alles auf Verweigerung. Die Fachkräfte versuchten in diesen Fällen ebenfalls mit Verständnis weiterzukommen und stiessen dabei teilweise, insbesondere solange

wir das. Und dann bist du kaum hier, dann hörst du das und das und das ist vorgefallen, so und so und so, und dann bist du einfach gleich wieder im Arbeitsalltag drin und alles andere steht wieder hinten an.“

²⁰ *„Und heute, ich merke an den Teamsitzungen, die sind zum Teil sehr anstrengend, weil meine Haltung anders wurde und wir sind sieben Personen im Team. Und sieben Personen haben eben nicht die gleiche Haltung und wenn wir jetzt anfangen zu diskutieren und miteinander anschauen, sagen wir mal gestern ist etwas falsch gelaufen, ist etwas passiert, dann müsste ich wirklich die sieben Leute überzeugen können.“*

die traumapädagogischen Interventionen noch nicht mit der notwendigen inneren Sicherheit angewendet werden konnten, an ihre Grenzen:

„Wir haben Jugendliche, die ganz klar ein Trauma erlebt haben und dort ist es hilfreich und gut, das Modell, und das können wir auch viel anwenden. Und dann gibt es auch Jugendliche, bei denen wir irgendwie voll anstehen, also so dass mit ihnen und sie entscheiden lassen und sie dürfen und so. Ich hatte jetzt manchmal wie das Gefühl, das war bei einem Teil der Jugendlichen nicht förderlich gewesen. [...] Dass sie wie an einem Punkt waren, wo sie gar nicht so viel selber entscheiden konnten oder an dem sie das vielleicht auch mal gebraucht hätten, dass man sie so etwas packt oder stösst oder so und das fehlt mir irgendwie so etwas in dem Modell. Weil wir ja viel von ihnen erfragen oder es soll ja wie von ihnen kommen und so etwas das. Aber das ist auch ein riesen Fragezeichen, das ich nach wie vor habe. Was macht man mit einer Jugendlichen, die einfach im Bett liegen bleibt oder gerade mit so Borderline-Tendenzen, das ist gerade ein mega Fragezeichen und da finde ich, nützen die Dinge nicht, also nützen, klar sie müssen Bestand sein oder einfach hier sein oder einfach ganz viel so Punkte aus der Traumapädagogik, die ich grundsätzlich sagen würde gut sind, auch sonst im pädagogischen Alltag gut nutzen kann, aber dort kommt man wie nicht weiter mit denen.“

Erschwerend kommt noch hinzu, dass einige Fachkräfte das Gefühl hatten, dass durch die traumapädagogische Arbeit auch mehr schwierige Fälle in die Institutionen geschickt werden²¹. Auch für diese Schwierigkeiten sollten die Fachkräfte in zukünftigen Modellversuchen besser gewappnet werden, indem mehr derartige Fallbeispiele besprochen und Handlungsmöglichkeiten präsentiert werden sollen.

Die Durchführung der qualitativen Interviews war eine grosse Hilfe um zu verstehen, welche Prozesse der Modellversuch in den Institutionen ausgelöst hat, welche Veränderungen der Modellversuch ausgelöst hat und welche Hürden die Umsetzung des Versuchs erschwerten. Diese gewonnen Informationen sind nicht nur Basis für die Bilanzziehung dieses Modellversuchs, sondern dienen auch als gute Vorbereitung für zukünftige Projekte.

Aus diesen Stolpersteinen lassen sich konkrete Massnahmen für weitere derartige Modellversuche formulieren. Wichtig wird es sein, die benötigten und die vorhandenen Ressourcen der Institutionen realistisch abzuschätzen, um die Institutionen vor den genannten Schwierigkeiten, wie Personalmangel während den Schulungen oder bei der Implementierung von Neuerungen, so gut es geht zu bewahren. Zudem sollen die Institutionen dazu angehalten werden, die Veränderungen in kleinen, dafür gut durchgeplanten Schritten einzuführen. Bei dieser Planung sind auch die Mitarbeitenden einzubeziehen, die nicht an den Schulungen teilnehmen. Weiter muss die Projektleitung mehr Raum schaffen, in dem die Versorger- und die Teamebene sich austauschen, um gemeinsame Ziele zu formulieren. Dabei ist stets auch auf die Dynamik im Team zu achten, da eine solche Veränderung Unruhen ins Team bringt. Weiter müssen die Stäbe gerade bei Personalwechseln konsequenter weitergegeben werden, damit die reibungslose Weiterführung der Veränderungen gewährleistet ist. Die

²¹ „Und es hat etwas die Ausstrahlung gegen aussen, dass wir an dem Modellversuch mitgemacht haben, was die Zuweiser zum Teil dazu verleitet uns Jugendliche zuzuweisen, die viele Abbrüche gehabt haben in Heimen beispielsweise, bei denen man etwas sehr tragfähiges sucht oder bei denen man weiss, die probieren auch mal etwas aus. [...]Das macht die Arbeit anspruchsvoller und den Schritt können nicht alle mitgehen.“

Institutionen sollen über normale Prozessverläufe mit Verunsicherung, Reibungen und Motivations-tiefen vorbereitet werden.

Bewertung des Modellversuchs

Positiv:

Kategorien	Anzahl Nennungen
Gute Inhalte	13
Kontakt zu anderen Institutionen waren bereichernd	12
Gute Prozessbegleitung	7
Schulungen als Team waren gut	6
Auswärtige Schulungen waren entspannend	3
Gute Zusammenarbeit mit der Forschungsabteilung der KJPK	3
Schulungen blockweise	2
Separate Schulungen für das Team und Leitung	2
Spannende Klausurtage	2
Organisatorisch gut	1
Gute Dozenten	1
Refresher waren wertvoll	1
Gesamtzahl positive Nennungen	53

Negativ:

Kategorien	Anzahl Nennungen
Wenig neue Inhalte	7
Einige Institutionen nahmen viel Raum ein	3
Funktion der Klausurtage unklar	3
Rolle der Prozessbegleitung unklar	2
Unterschiedlich gute Referenten	2
Zu wenig Selbsterfahrung auf der Leitungsebene	2
Zu lange Module	2
Unklarheit über Abschlussdiplom	2
Wechsel in der Begleitung	1
Unangemessene Vortragsweise	1
Sprachliche Schwierigkeiten	1
Zu wenig anspruchsvoll	1
Seewis zu weit weg	1

Kategorien	Anzahl Nennungen
Zu viele Gruppenarbeiten	1
Zu lange Einführung	1
Zu detailliert	1
Zu wenig Fallbesprechungen	1
Inhalte wiederholten sich	1
Dauer des Versuchs	1
Gesamtzahl negative Nennungen	34

8 Zusammenfassung der Ergebnisse des Modellversuchs

8.1 Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse zum Prozess der Implementierung und Veränderungen im pädagogischen Alltag

- Die Teilnahme an diesem Modellversuch wurde von den meisten Teilnehmenden als persönliche und institutionelle Chance zur Weiterentwicklung gesehen.
- Die Teilnehmenden auf allen Funktionsträgerebenen berichten eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem traumpädagogischen Prozess, sowohl auf persönlicher als auch auf institutioneller Ebene. Schulungen und Prozessbegleitungen wurden sehr positiv erlebt. Die Haltung und Konzepte seien ihnen von den Mitarbeiterinnen des Modellversuchs vorgelebt worden, was ein Modelllernen ermöglichte.
- Praktisch alle Teilnehmenden ziehen den Schluss, dass sich ihre persönlichen Mühen und institutionellen Investitionen gelohnt haben. Es wird aber auch betont, dass die Investitionen, auch wegen der mehrjährigen Dauer des Modellversuchs und den dadurch kaum kontrollierbaren Störungen, durch andere institutionelle Prozesse erheblich gewesen wären. Nach einer Phase der Verunsicherung sei nun aber eine wesentlich höhere Tragfähigkeit und eine viel traumasensiblere Haltung in der Beziehungsgestaltung gegenüber den Klienten zu beobachten.
- Viele interviewte Fachkräfte berichten, dass der Prozess für sie und ihre Institution auch eine Herausforderung darstellte, sie durch den Implementierungsprozess zwischenzeitlich eine höhere Stressbelastung hatten und durch Phasen der Verunsicherung gehen mussten, was auch die Daten aus der quantitativen Untersuchung zeigen. Die höhere Belastung speist sich nach Aussagen der interviewten Fachkräfte schlicht und einfach aus einer höheren Arbeitsbelastung durch Schulung und zusätzliche Prozesse, die ausserplanmässig zum Alltag bewältigt werden mussten.
- Als Hindernisse für die Implementierung wurden sehr häufig zu geringe Ressourcen und persönliche Inkontinuität in den Institutionen genannt. Es mussten häufig andere institutionelle Prozesse und Alltagsthemen priorisiert werden, weshalb manche traumpädagogischen Prozesse nicht mit der notwendigen Geschwindigkeit vorangetrieben werden konnten. Die geringen Ressourcen im Alltag zeigten sich insbesondere dann, wenn sich die Ressourcen durch Urlaubszeiten, Krankheitsausfälle oder die nicht nahtlose Nachbesetzung weiter reduzierten und mühevoll aufgegleiste Errungenschaften, wie Resilienzstunden mit den Kindern (zwischen Bezugsperson

und Kind), aus Ressourcen Gründen unter Druck gerieten und nicht immer in derselben Frequenz wie ursprünglich geplant erbracht werden konnten.

Die personelle Inkontinuität brachte zusätzlich auch noch das Problem mit sich, dass neue Mitarbeitende und Leitungskräfte in die Inhalte der traumapädagogischen Weiterbildungen und den aktuellen Stand der institutionellen Prozesse eingeführt werden mussten, was natürlich auch nochmals viel Energie in den Institutionen und in den Prozessbegleitungen band.

Auch die personelle Inkontinuität bei den Prozessbegleitungen habe teilweise dazu geführt, dass die Prozesse noch einmal neu justiert werden mussten, und dass trotz guter Vorbereitung der Projektbegleitungen der UPK wertvolle Zeiten im Team für das gegenseitige Kennenlernen und die Schaffung eines sicheren Ortes reserviert werden mussten.

- Aus den Aussagen fast aller Beteiligten in den Interviews wird auch zwischen den Zeilen sehr deutlich, welche persönlichen Prozesse die Beteiligten durchlaufen haben, um eine neue Haltung zu entwickeln und in den täglichen Kontakten zu den Klienten mehr persönliche Präsenz zu zeigen.
- Es zeigte sich eine hohe Zufriedenheit der Mitarbeitenden und Leitungskräfte mit den Weiterbildungen und dem traumapädagogischen Prozess. Dies zeigte sich in quantitativen Bewertungen der Kurse wie auch in qualitativen Interviews. Insbesondere auch der Austausch mit anderen Fachkräften und Institutionen sowie die Zeit, sich ganz auf die Traumapädagogik und den persönlichen und institutionellen Prozess zu konzentrieren, wurden als wertvoll beschrieben, so dass auch die Klausuratmosphäre überwiegend als positiv erlebt wurde.
- Die meisten Nennungen von InterviewpartnerInnen gaben an, dass bei ihnen ein deutlicher Wissenszuwachs im Feld der Psychotraumatologie zu verzeichnen sei.
- Die Beteiligten berichten anhand von konkreten Beispielen sehr viele positive Veränderungen in ihrem pädagogischen Alltags auf unterschiedlichen Ebenen. Die Veränderungen zeigen sich sowohl auf
 - struktureller Ebene,
 - in der Atmosphäre in der Wohngruppe,
 - im Umgang mit den Kindern,
 - in Veränderungen in der Teamarbeit und
 - in Veränderungen bei den Fachkräften.
- Die Haltungsänderungen, die höhere Traumasensibilität der Fachkräfte und deren konkrete Auswirkungen auf die Pädagogik sind sehr eindrücklich, wie sich anhand von vielen anschaulichen Fallbeispielen aus dem pädagogischen Alltag nachvollziehen lässt.
 - Hier wird deutlich, wie intensiv auch die persönlichen Veränderungsprozesse der einzelnen Teilnehmenden waren und wie stark sich mit ihrer Haltung auch ihre persönliche Einstellung den Klienten und ihrer Arbeit gegenüber verändert hat. In vielen Interviews finden sich bemerkenswerte Vergleiche von pädagogischen Haltungen früher und heute, die sehr eindrücklich demonstrieren, wie viel näher die Fachkräfte ihren Klienten gekommen sind und wie viel feinfühlicher sie in der Beziehungsgestaltung agieren.

- Das Verständnis für das Fehlverhalten der Jugendlichen habe sich deutlich verändert, und es sei nun durch das Verständnis des guten Grundes für das Problemverhalten leichter möglich, dieses Verhalten als problematischen Lösungsversuch zu verstehen. Dies führe dazu, dass auch sehr herausfordernde Verhaltensprobleme leichter „auszuhalten“ seien, was sich positiv auf die Tragfähigkeit der Wohngruppen auswirke.
 - Es wird deutlich, wie nützlich und wirksam einzelne traumapädagogische Konzepte sind, wie tief das Streben nach einem sicheren Ort sowie der gute Grund in das Denken und die Alltagspädagogik integriert wurde. Insbesondere die traumapädagogischen Methoden zur Fallreflexion, die Ampelrunde, die Resilienzstunden und der sichere Ort wurden oft als wertvolle Ergänzungen zu den bisherigen Konzepten genannt und mit eindrücklichen Praxisbeispielen ausgeführt.
 - Einige Leitungskräfte geben an, dass sich ihr Verständnis von Leitung verändert habe und sie bewusster Zeit für die Bedürfnisse ihrer Mitarbeitenden aufwenden, da diese ihr wertvollstes Kapital seien.
 - Auf Leitungsebene zeigt sich zudem auch, dass sich der Führungsstil entsprechend verändert hat und versucht wird, vermehrt die innere Sicherheit der Mitarbeitenden zu fördern und gute Gründe für vermeintliche Interaktionsprobleme mit Mitarbeitenden und von den Mitarbeitenden mit den Klienten zu erkennen. Es zeigte sich eine deutliche Haltungsänderung und höhere Sensibilität im Umgang mit den Bedürfnissen der Mitarbeitenden.
 - Von einigen Fachkräften wird zudem angegeben, dass sie den Teamprozess genossen haben und den Eindruck hätten, sich nun mehr im Team zu unterstützen und offener zu kommunizieren, wodurch die Wohngruppe als Ganzes tragfähiger geworden wäre. Sie gaben aber auch an, dass die Umsetzung von traumapädagogischen Konzepten auch mehr Kommunikation im Team benötige.
 - Einige Fachkräfte gaben auch an, dass es auch zu atmosphärischen Veränderungen gekommen sei und sie mehr Wert auf Ambiente, Spiegel und individuelle Gestaltung der Zimmer der heranwachsenden Klienten legen.
- Praktisch alle Teilnehmenden und ihre Institutionen sehen den Prozess nicht als abgeschlossen an, wollen weiterhin mit traumapädagogischen Konzepten arbeiten und diese in ihren Institutionen ausbauen, sei es um die Konzepte noch weiter auf einer Wohngruppe zu intensivieren oder Haltungen und Schlüsselprozesse in der ganzen Institutionen entsprechend umzugestalten.
 - Es wurden keine grundsätzlichen, systematischen Schwierigkeiten bei der Umsetzung von traumapädagogischen Konzepten in den unterschiedlichen sozialpädagogischen Settings/Institutionstypen und Altersgruppen benannt. Gelegentlich wurde angemerkt, dass das Konzept in Einzelfällen adaptiert werden musste, Resilienzstunden im Jugendalter mehr Gesprächsanteile haben und teils auch eine höhere Motivation benötigen, da die Jugendlichen ihre Freizeit natürlich auch gerne mit Gleichaltrigen verbringen wollen. Es ist schwierig, mit einer Resilienzstunde gegen eine Stunde mit dem/der Liebsten konkurrieren zu müssen.

Erfreulicherweise gab es wenig kritische Stimmen. Diese sprachen oft auch sehr vereinzelte Aspekte an, welche sich in kaum einem Bereich systematisch akkumulierten, was darauf hindeutet, dass wenig systematische/inhaltliche Probleme bei der Umsetzung des Modellversuchs aus Sicht der Teilnehmenden zu verzeichnen waren.

- Allerdings wurden die beschränkten Ressourcen fast durchgängig genannt. Es sei sehr oft vorgekommen, dass sie etwas gerne hätten umsetzen wollen, aber wegen mangelnden Kapazitäten nicht konnten. Die Äusserungen zum Ressourcenmangel betreffen sowohl den Prozess der Umsetzung im Alltag als auch den Implementierungsprozess. Die zunehmenden Ist-Soll-Diskrepanzen auszuhalten und zu wissen, dass die Wohngruppe gerne so arbeiten möchte, es aber noch umsetzen kann, seien teilweise schwierig gewesen.
- Eine Fachkraft äusserte sich zu der Tatsache, dass auf seiner Wohngruppe registriert werde, dass immer mehr schwierigere Jugendliche zugewiesen werden und dass Traumapädagogik wohl als Allheilmittel gelte, aber die immer herausfordernden Anfragen die hinzugewonnene Selbstwirksamkeit des Teams tendenziell auch wieder untergraben würde.
- Einige Fachkräfte auf Teamebene hätten sich vorab mehr Informationen über den Modellversuch, dessen Ablauf sowie eine stärkere Beteiligung an der Entscheidung zur Teilnahme und der Definition von Zielen auf institutioneller Ebene gewünscht.
- Auffallend war, dass es keinerlei Anmerkungen gab, die sich kritisch zur Einforderung der persönlichen Präsenz und der Beziehungsorientierung äusserten, obwohl eigentlich zu erwarten gewesen wäre, dass sich davon einige Fachkräfte schon sehr überfordert und herausgefordert fühlten.

Fazit

Bei der Rückschau des Prozesses wird deutlich, dass sowohl die Leitungskräfte als auch die Teams einen mehrphasigen Prozess beschreiben, welcher sich retrospektiv für alle Beteiligten gelohnt hat und in den Institutionen eine Vielzahl an gewünschten Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen bewirkte. In vielen Interviews wird aber deutlich, dass sich die Teams in der Mitte des Prozesses teilweise sehr hoch belastet gefühlt haben. Besonders die Phasen, in denen das Team wegen der Schulungen viel abwesend war, sich die neue traumapädagogische Haltung noch nicht gefestigt hatte und die alten Konzepte kritisch hinterfragt wurden, aber noch nicht effektiv durch neue traumapädagogische Routinen ersetzt werden konnten, sei belastend und verunsichernd gewesen. In diesen Phasen seien die Institutionen sehr instabil gewesen und es habe tendenziell auch mehr Krisen gegeben, da sich die Unsicherheit des Teams natürlich auf die Jugendlichen übertragen habe. Nach Ende der Teamschulungen habe sich die Situation stabilisiert und das Team habe mit den neuen Haltungen und Interventionen an Sicherheit gewonnen. Daraufhin habe sich auch die Belastung rasch reduziert und sie haben sich als tragfähiger und belastbarer als vor dem Prozess erlebt. Die Veränderungen im pädagogischen Alltag zeigen eindrücklich eine stärkere Beziehungsorientierung, höhere Traumasensibilität und stärkere persönliche Präsenz der Fachkräfte sowie bei Leitungspersonen in einem anderen Verständnis ihrer Leitungsaufgabe.

8.2 Zusammenfassung der quantitativen Ergebnisse

Es zeigten sich sowohl bei den wichtigsten zentralen Verlaufsmassen (z.B. Abbrüche und Grenzverletzungen) als auch bei den psychometrischen Fragebogendaten sehr deutliche Effekte, die auf eine Überlegenheit von traumapädagogischen Konzepten im Vergleich zu den nicht traumapädagogischen Konzepten in Spiegelinstitutionen hindeuten. Diese Unterschiede auf Fragebogenniveau liessen sich sowohl auf der Ebene der sozialpädagogischen Fachkräfte als auch bei den betreuten Kindern und

Jugendlichen beobachten. Diese erreichten wegen der kleinen Stichprobengrösse zwar nicht immer das Signifikanzniveau, zeigten aber stets deutliche Effektstärken. Diese lagen auf einem Niveau wie viele als sehr wirksam geltende Interventionen aus der somatischen Medizin. Zum Beispiel zeigt eine chemotherapeutische Behandlung bei Brustkrebs eine vergleichbare Effektstärke wie traumapädagogische Interventionen (vgl. Margraf, 2009). Sehr bedeutsam ist es, dass sich bei den „harten Fakten“ im pädagogischen Alltag bereits erste Effekte nachweisen liessen, so gab es tendenziell weniger Abbrüche bei den Kindern und Jugendlichen. Auf der Ebene der Fachkräfte zeigte sich ein deutlicher Trend, dass es nach der Implementierung von Traumapädagogik viel weniger körperliche Grenzverletzungen gegenüber den sozialpädagogischen Fachkräften in den Modellinstitutionen als in den Spiegelinstitutionen gab.

- *Nach der Implementierung gibt es tendenziell weniger Abbrüche in den Modell- als in den Spiegelinstitutionen.*
- *Trend zu weniger tätlichen Grenzverletzungen gegenüber sozialpädagogischen Fachkräften.*

Fragebogendaten Ebene der Kinder und Jugendlichen

Erwartungsgemäss entwickelten sich die Heranwachsenden sowohl in den Modellinstitutionen als auch in den Spiegelinstitutionen positiv, und es gelang ihnen in beiden Gruppen ihre Psychopathologie sehr deutlich zu reduzieren. Im Vergleich zwischen traumapädagogischen Institutionen und Spiegelinstitutionen zeigt sich in einigen, aber nicht allen psychometrischen Fragebogendaten eine Überlegenheit des traumapädagogischen Ansatzes, diese zeigte sich im Fremdurteil der sozialpädagogischen Fachkräfte deutlicher als im Selbsturteil der Heranwachsenden.

Unterschiede im Fremdurteil

Signifikante Effekte zu Gunsten der traumapädagogischen Modellinstitutionen zeigten sich sowohl bezüglich der Reduktion der Psychopathologie als auch der Teilhabebeeinträchtigung im Fremdurteil. In den Globalskalen der Child Behavior Checklist (CBCL), insbesondere im Internalisierenden Bereich, zeigte sich ein mittlerer Effekt und eine signifikante Überlegenheit der Traumapädagogik. Interessant ist auch die deutlich stärkere Reduktion der Symptomatik und Verbesserung der Teilhabe der Kinder und Jugendlichen im HoNOSCA, da diese eben auch ein besseres Zurechtkommen im Alltag widerspiegelt und der HoNOSCA als Verfahren bekannt ist, das auch bei hoch belasteten Jugendlichen Veränderungen zuverlässig abbildet (Urben et al., 2015; Yates et al., 2008).

Selbsturteil

Im Selbsturteil, dem Youth Self Report, verbesserten sich die Jugendlichen in den Spiegelinstitutionen deutlicher als in den Modellinstitutionen. In beiden Untersuchungsgruppen zeigte sich aber im Selbsturteil der Jugendlichen keine Überlegenheit der traumapädagogischen Konzepte. Hierfür können verschiedene Hypothesen aufgeführt werden: Dies könnte einerseits die hohe Leistungsfähigkeit der Modellinstitutionen widerspiegeln und andererseits auch ein Effekt der Sensibilisierung der Jugendlichen auf ihre Probleme durch die Psychoedukation sein.

In Anbetracht der Tatsache, dass sich die Jugendlichen, wie in allen Studien im Bereich der Heimerziehung (Schmid, 2007, 2013; Schmid et al., 2013), im Selbsturteil zu den ersten Messzeitpunkten deutlich unauffälliger beschrieben als dies ihre sozialpädagogischen Fachkräfte taten, könnte die geringere Reduktion der psychischen Belastung im Selbsturteil aber auch auf eine Verbesserung der Selbstwahrnehmung zurückzuführen sein. D.h., die Jugendlichen können ihre Probleme realistischer einschätzen, was zu geringeren Verbesserungen bei den Jugendlichen im traumapädagogischen Evaluationsstrang führen könnte.

Natürlich ist es ein zentrales Ziel, dass die Jugendlichen auch selbst erleben, dass es ihnen besser geht und sich ihre internalisierenden/externalisierenden Symptome sowie die Gesamtbelastung verringert, bzw. sich die psychische Gesundheit im Selbsturteil verbessert. Bei der grossen Diskrepanz zwischen Fremd- und Selbsturteil wäre es aber durchaus möglich, dass es ein Zeichen einer positiven Entwicklung ist, wenn Jugendliche ihre Belastung im Verlauf der Jugendhilfemassnahme realistischer wahrnehmen können. Vielleicht führen die traumapädagogischen Interventionen wie eine Psychoedukation zu einer Sensibilisierung der Jugendlichen und unterstützen deren Selbstwahrnehmung. Das ist insofern relevant, da diese Eigenschaft mit kumulierten und heftigen Traumatisierungen oder starker Psychopathologie deutlicher eingeschränkt zu sein scheint als bei Kindern mit geringerer Traumabelastung (Kind et al., 2014; Rauber et al., 2014). Ohne die Ergebnisse überinterpretieren und die positive Entwicklung in den Kontrollgruppen negieren sowie die Effekte der Traumapädagogik schön reden zu wollen, könnte dies eine Erklärung für die im Vergleich zum Fremdurteil schlechtere Entwicklung im Selbsturteil sein. Wobei nochmals festzuhalten ist, dass sich auch im Selbsturteil sowohl in den Spiegelinstitutionen als auch in den Modellinstitutionen deutliche Verbesserungen abbilden liessen.

Bezüglich den psychopathischen Persönlichkeitszügen, einer Eigenschaft, die mit einem höheren Abbruchrisiko (Schmid et al., 2014) und schlechterer Prognose für die Legalbewährung sowie dem gesamten weiteren Lebensweg einhergehen (Frick et al., 2014; Ray & Jones, 2011; Ray et al., 2016), zeigt sich eine deutliche Überlegenheit des traumapädagogischen Ansatzes im Vergleich zu den Spiegelinstitutionen. Dies zeigt sich vor allem im behavioralen Faktor, der viele Aspekte der Selbstregulation erfasst. Dieser Nachweis ist von sehr grossem Interesse, da diese Persönlichkeitszüge, sowohl durch Psychotherapie als auch durch andere psychosoziale Interventionen als schwer veränderbar gelten (Frick et al., 2014; Hawes, Price & Dadds, 2014). In der Kontrollgruppe und auch in der MAZ-Stichprobe (Hachtel et al., submitted) zeigten sich quasi gar keine Veränderungen durch traditionelle Heimerziehung. Die Tatsache, dass traumapädagogische Konzepte derart stark zur Veränderung beitragen, könnte damit erklärt werden, dass auch in der Ätiologie von psychopathischen Persönlichkeitszügen zunehmend die Rolle von Erziehungspraktiken und frühen Traumatisierungen diskutiert wird (Craparo et al., 2013; Graham et al., 2012). Eine aktuelle Arbeit von Wall et al. (2016) konnte zeigen, dass die Frage der Entwicklung einer Störung des Sozialverhalten auch bei ähnlichen kaltherzig-unemotionalen Persönlichkeitszügen stark von der Sensitivität und Qualität des elterlichen Erziehungsverhalten abhängt. Dies könnte darauf hindeuten, dass traumapädagogische Konzepte einen positiven Einfluss auf die Entwicklung bzw. Kompensation von psychopathischen Persönlichkeitsmerkmalen und deren Zusammenhang zu Drop-Out und der Delinquenzentwicklung haben könnten. Vermutlich hilft die stärkere Beziehungsorientierung den Jugendlichen hier, sich intensiver mit den Folgen ihrer Handlungen auseinanderzusetzen und andere Repräsentationen darüber aufzubauen, warum es notwendig ist, sich an Regeln zu halten und was der Bruch von Regeln für die Interaktionen mit anderen Menschen bedeutet. Hier das Verhalten und dessen Folgen konsequent zu reflektieren fordert das pädagogische Team immens. Noch bedeutsamer für die Reduktion von psychopathischen

Persönlichkeitszügen ist deshalb vermutlich, dass es traumapädagogische Konzepte in der Heimerziehung den sozialpädagogischen Fachkräften eher ermöglichen, in einer förderlichen Beziehung zu Jugendlichen zu verbleiben und, die sowohl engagierte Mitarbeitende als auch MitbewohnerInnen manipulieren und hintergehen. Ein Wirkfaktor könnte hier also vermutlich die höhere pädagogische Präsenz und die wiederholte Reflexion dieses Verhaltens in der pädagogischen Beziehung sein. Durch die Sensibilisierung auf Beziehungsthemen und den guten Grund werden traumapädagogische Teams hier in der Regel eine Klärung einfordern, obwohl die normale Reaktion eigentlich wäre, sich emotional eher weniger für diesen Klienten zu engagieren, was sich in der pädagogischen Praxis leider auch oft beobachten lässt. Gerade dieses Problemverhalten konsequent mit seinen Auswirkungen auf die Beziehung zu klären, kann für Jugendliche auch etwas aversiv sein und zur Löschung von Problemverhalten beitragen.

Sicher wäre es sehr interessant noch intensiver zu erforschen, was zu den stärkeren Veränderungen von psychopathischen Persönlichkeitsmerkmalen führte, da sich diese in der klassischen bzw. traditionellen Heimerziehung kaum verändern lassen und zu multiplen Problemen führen (Hachtel et al., submitted; Schmid et al., 2014).

Verlaufsdaten der sozialpädagogischen Fachkräfte (Arbeitszufriedenheit, Stressbelastung und Burnout-Risiko)

Die Ergebnisse bezüglich der sozialpädagogischen Fachkräfte belegen auf verschiedenen Ebenen die positive Wirkung der Implementierung von traumapädagogischen Konzepten.

- In der epidemiologischen Studie zeigt sich, dass der Zusammenhang zwischen Grenzverletzungen, Arbeitszufriedenheit und Burnout über die Selbstwirksamkeit und das Kohärenzerleben (Sense of Coherence) moderiert wird. Dies bedeutet, bei Fachkräften mit einer hohen Selbstwirksamkeit und einem hohem Kohärenzerleben wirken sich Grenzverletzungen weniger stark auf die Arbeitszufriedenheit aus und scheinen diese auch weniger zu belasten. Dies zeigt einmal mehr wie wichtig diese Eigenschaften sind, so dass es sinnvoll ist, diese Eigenschaften gezielt zu fördern und zu fordern. Genau an diesen Stellen setzen traumapädagogische Konzepte mit der Art und Weise der Fallbesprechung und den auf die Sicherheit und Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden ausgerichteten Unterstützungs- und Leistungsstrukturen an.
- Stärkere Reduktion des Burnout-Risikos bei den Fachkräften mit erhöhtem Burnout-Risiko. Im Implementierungsprozess kommt es aber vorübergehend zu einer Zunahme des Burnout-Risikos, welches sich nach Abschluss des Implementierungsprozesses aber deutlich abbaut und unter das Niveau der Spiegelinstitutionen sinkt.
- Im Laufe des Implementierungsprozesses reduziert sich der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit in traumapädagogischen Institutionen, d.h. in traumapädagogischen Institutionen können Grenzverletzungen und Arbeitsbelastung besser toleriert werden und schlagen nicht mehr unmittelbar auf die Arbeitszufriedenheit.
- Reduktion der Stressbelastung auch im Haarcortisol im letzten Jahr des traumapädagogischen Implementierungsprozesses, wohingegen die Stressbelastung bei den Spiegelinstitutionen nach dieser Zeitspanne sogar etwas ansteigt.

- Effekte hauptsächlich auf jüngere Mitarbeitende - jüngere Mitarbeitende in traumapädagogischen Institutionen berichten zum Ende des Projektes über mehr Selbstfürsorge und eine höhere Selbstwirksamkeit im Vergleich zu ihren KollegInnen aus den Spiegelinstitutionen.

Auf Ebene der Fachkräfte zeigte sich, dass insbesondere Mitarbeitende mit weniger als 5 Jahre Berufserfahrung profitierten. Diese zeigten in den traumapädagogischen Bedingungen eine Steigerung der Selbstwirksamkeit und zum Ende des Implementierungsprozesses auch eine stärker ausgeprägte Selbstfürsorge.

Die Zunahme an Selbstwirksamkeit ist ebenfalls ein interessanter Befund, da sich diese in der Laufzeit des Projektes von vier Jahren in den Spiegelinstitutionen zu diesem Zeitpunkt deutlich verschlechterte und dieser Effekt eigentlich in den traumapädagogischen Institutionen mehr als kompensiert werden konnte. Dies könnte selbst bei einer vorsichtigen Interpretation dahingehend gedeutet werden, dass genau nach zwei bis drei Jahren, wenn die Selbstwirksamkeit stagniert und das Personal deshalb vielleicht auch sein Arbeitsumfeld kritisch hinterfragt, nicht selten auch der Arbeitgeber gewechselt wird (Riedel, 2008; AGJ, 2011; Scheller, 2011; Spier, 2011; Schoch, 1998). Die Selbstwirksamkeit von Berufsanfängern stagniert nach einem Zuwachs in den ersten Jahren oft, weil bemerkt wird, dass identische Probleme mit wechselnden Jugendlichen immer wiederkehren und einen doch zunehmend belasten. Dieser Verlust an Selbstwirksamkeit kann über traumapädagogische Interventionen kompensiert werden, was vielleicht auch dazu beitragen kann, die Personalfuktuation zu begrenzen. Die Tatsache, dass sich bei erfahrenen Fachkräften in diesen Bereichen keine grossen Veränderungen erzielen lassen, überrascht bei genauerer Betrachtung nicht. Vermutlich haben Fachkräfte, die viele Jahre gerne in der Heimerziehung gearbeitet haben, bereits eine gehörige Persönlichkeitsentwicklung durchlaufen und diverse Strategien entwickelt, wie sie den Arbeitsalltag bewältigen können und sich dadurch im Arbeitsalltag selbstwirksam erleben. In der Regel verfügen Menschen, die über Jahre hinweg so eng mit hoch belasteten Kindern und Jugendlichen arbeiten, auch über eine eindrucksvolle Persönlichkeit. Ohne ein Mindestmass an Selbstfürsorgemethoden ist es vermutlich gar nicht möglich, diese anspruchsvolle Arbeit jahrelang durchzuhalten und mit Freude zu machen. Dieser Selektionseffekt wird dazu führen, dass sich die Wirkung einer solchen Ausbildung mit dem Alter abschwächt. Hinzu kommt, dass diese Fachkräfte natürlich in der Regel auch schon viel mehr Weiterbildungen absolviert haben, so dass vor allem die unspezifischen Effekte der Ausbildungen bei ihnen eine geringe Wirkung erzielen und vielleicht auch einzelne Überlegungen aus der Traumpädagogik und die Selbstreflexionsanteile bereits in einem höheren Masse bekannt sind.

8.3 Diskussion der Ergebnisse der Begleitforschung

Der Methodenmix aus quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden hat sich in der traumapädagogischen Forschung sehr bewährt und etabliert (Gahleitner, Brandstetter & Schmid, 2014; Gahleitner et al., 2016), weshalb es sinnvoll war, ein solches Studiendesign zu wählen. Auch der Aufwand für ein naturalistisches Kontrollgruppendesign hat sich sehr gelohnt, da es nur damit möglich war, Aussagen zur Wirkung zwischen Gruppen mit unterschiedlichen milieutherapeutischen Konzepten zu treffen. Die Forderung nach solchen vergleichenden Wirkungsuntersuchungen und der Integration von evidenzbasierten Interventionen in das Feld der Jugendhilfe wird nicht zu Unrecht immer lauter (vgl. James et al., 2013, 2015). Letztlich ist es wichtig, gewisse methodische Mindeststandards zu setzen, um dem Argument, das solche Wirksamkeitsforschung im Feld der Jugendhilfe gar nicht zu

realisieren sei, zu begegnen. Der Aufwand für die Umsetzung solcher Forschungsdesigns ist, wie auch dieser Modellversuch zeigt, extrem aufwendig und personalintensiv. Die Investitionen lohnen sich aber, steigern sie doch die Qualität der wissenschaftlichen Aussagekraft immens (James et al., 2013; Schmid, 2012), dies alleine schon, um sowohl in pädagogischen-geisteswissenschaftlichen als auch klinisch-psychologisch/psychiatrisch-naturwissenschaftlich orientierten Fachbereichen auf das gewünschte Interesse zu stossen und somit dafür zu sorgen, dass die Ergebnisse in beiden Fachdisziplinen ernstgenommen werden und ihre Verbreitung finden.

Gerade die Ergebnisse der qualitativen Interviews zeigen sehr eindrücklich Veränderungen, welche mit quantitativen Methoden gar nicht in ähnlicher Art und Weise abgebildet werden könnten. Die Ergebnisse der qualitativen Auswertung entsprechen in vielerlei Hinsicht den Vorbefunden aus anderen Studien, die ähnliche Studiendesigns und Fragestellungen verfolgten (Zwönitzer et al., 2014; Gahleitner et al., 2015; Krautkrämer-Oberhoff, Klein & Macsenaere, 2014). Auch in diesen Studien wird ein deutlicher Zugewinn an Sicherheit und psychotraumatologischem Wissen sowie eine Haltungsänderung bei den Fachkräften beschrieben. Die meisten Fachkräfte berichten sehr positiv über Traumapädagogik und geben an, diese in ihren Institutionen weiter betreiben zu wollen. Letztlich ist es sehr erfreulich, dass die traumapädagogischen Schulungen und deren Umsetzung in der Praxis in unterschiedlichen Settings ähnliche Effekte erzielen und dass die Ergebnisse dieses Modellversuchs dies ein weiteres Mal mit viel mehr Interviews aus unterschiedlichen Institutionen bestätigen konnten.

In mancherlei Hinsicht gehen die Ergebnisse dieser Begleitforschung aber deutlich über die Erkenntnisse der anderen Studien hinaus und sind für traumapädagogische Implementierungsprozesse fast noch aussagekräftiger, da diese Begleitforschung sehr genau die institutionelle Umsetzung abbildet, Gelingensfaktoren und Stolpersteine im Rahmen des Implementierungsprozesses aufzeigen und diese auch für zukünftige Implementierungsprozesse deutlich werden. Eine Besonderheit ist, dass die Studie zeigen kann, dass sich ähnliche Effekte in sehr unterschiedlichen Institutionen mit sehr heterogenem Klientel und stark variierenden Ausgangsbedingungen bezüglich Strukturen und pädagogischen Prozessen zeigen. Die meisten anderen Studien bezogen sich entweder auf nur eine Institution oder Institutionen mit vergleichbarer Klientel. Keine Studie hat einen so hohen Anteil strafrechtlich platzierter Heranwachsender inkludiert. Ausserdem hatte die Studie in den Prozessbegleitungen den Anspruch, einige sehr spezifische traumapädagogische Methoden in den Institutionen zu implementieren und deren Umsetzung auch abzufragen. Dadurch gab es viele Beispiele zu einzelnen traumapädagogischen Methoden sowie sehr lebhaft und konkrete Beschreibungen von Haltungsänderungen und eine viel höhere Sensibilität und Präsenz im Alltag, die in anderen Studien nicht so detailliert berichtet werden.

Die Haltungsänderungen und das starke persönliche Wachstum der Teilnehmenden zeigen sich in den anderen Studien nicht in gleicher Intensität. Dies kann aber natürlich auch ein methodischer Artefakt sein, da bei eigenen Auswertungen Originalaussagen viel bildlicher eingeordnet werden können, sich die Emotionalität natürlich in den kurzen wissenschaftlichen Auswertungen immer etwas verliert, mit jedem Auswertungsschritt weiter abschwächt und dies, wenn einem das gesamte Material vorliegt, oft stärker auffällt.

Eine weitere Innovation war es, dass auch mehrere Leitungskräfte systematisch interviewt werden konnten. Die Ergebnisse zeigen auch, dass der Modellversuch grosse Auswirkungen auf die Art und Weise, wie die Leistungskräfte ihre Mitarbeitenden führen, hat, und wie sie organisatorische Strukturen aufbauen. Andere Auswertungen (Zwönitzer et al., 2014; Gahleitner et al., 2015) deuten zwar an

wie bedeutsam diese Ebene ist, in dieser Untersuchung können aber erstmals gesicherte Aussagen zur Wirkung dokumentiert werden.

Die Ergebnisse der quantitativen Begleitforschung bestätigen viele Ergebnisse, aber leider hat auch diese Untersuchung mit den typischen Limitationen einer Feldforschung in der stationären Jugendhilfe zu kämpfen. Insbesondere die kleine heterogene Stichprobe verhindert teilweise, dass die sehr deutlichen Effekte auch das Signifikanzniveau erreichen. Dennoch setzt der Modellversuch für die Forschung auf quantitativem Niveau neue Standards. Erstmals wurden im Rahmen von traumapädagogischen Forschungsvorhaben ein Implementierungsprozess mit einer grösseren, gut vergleichbaren Kontrollgruppe über einen längeren Zeitraum auf Ebene der Fachkräfte und der heranwachsenden Klienten mit standardisierten psychometrischen Testverfahren untersucht. Die Tatsache, dass sich auch in einem solchen Kontrollgruppendesign derart deutliche Anzeichen für eine Wirkung von traumapädagogischen Methoden ergibt, bestätigt Forschungsbefunde, die ohne Kontrollgruppe auskommen mussten und ähnliche Wirkungen erzielten, aber wegen der fehlenden Kontrollgruppe oft kritisch hinterfragt wurden (Schmid et al., 2009; Gahleitner, Brandstetter & Schmid, 2014).

Vergleichende Untersuchungen mit neurobiologischen Methoden sind im psychosozialen Bereich an der Schnittstelle zur Jugendhilfe bisher lediglich im Rahmen der Untersuchungen zum Multidimensional Foster Care, eingesetzt und positive Befunde berichtet (Fisher & Stoolmiller, 2008; van Andel et al., 2014). Bei der Multidimensional Foster Care handelt es sich um ein intensiv-pädagogisch-therapeutisches Therapieprogramm, bei welchem Kinder vorübergehend in engmaschig supervidierten und unterstützten Gastfamilien untergebracht werden und die Jugendlichen und ihre leiblichen Eltern intensiv psychotherapeutisch und familientherapeutisch behandelt wurden. Im Rahmen der Behandlung zeigte sich bei Eltern und Kindern eine deutliche Reduktion des Cortisolspiegels.

Erstmals wurden auch neurobiologische Zielvariablen für vergleichende Untersuchungen in der Heimerziehung verwendet. Dass sich hier derart deutliche Effekte zeigten, war nicht zu erwarten und unterstreicht die Wirkung des traumapädagogischen Ansatzes, selbst wenn man die Limitationen durch die kleine heterogene Stichprobe bedenkt, eindrücklich. Weil diese objektiven Masse in ihrer Erhebung von der Interaktion und Introspektionsfähigkeit von traumatisierten Menschen unabhängig sind, sind die Ergebnisse trotz der sehr kleinen Stichprobe sehr wertvoll. Die Ergebnisse zeigen, dass mit pädagogischen Mitteln sehr gravierende Wirkungen auf neurobiologische Prozesse bei den Kindern und den Fachkräften ausgelöst werden können. Gerade bei den Kindern ist es schon sehr beeindruckend, dass sich die Stresshormonkonzentration so deutlich reduzierte, was schon dafür spricht, dass die Kinder und Jugendliche die Orte sehr viel sicherer erlebten und zur Ruhe kamen, insbesondere nachdem die traumapädagogischen Konzepte dann sicher implementiert waren. Dies ist ein sehr deutlicher und objektiver Beleg dafür, dass traumapädagogische Ideen greifen und auch bei den Kindern ankommen. Es wäre sehr interessant, die heranwachsenden Klienten noch weiter nachzuverfolgen, da in der traumapädagogischen Logik zuerst eine Reduktion des Stresses und der Anspannung und dann eine Verhaltensänderung erfolgen sollte, weshalb eigentlich noch weitere Verbesserungen in den Fragebögen zu erwarten sein könnten. Bei den Erwachsenen konnten sehr interessante und wertvolle wissenschaftliche Daten in einem längsschnittlichen Design gesammelt werden. Die Entwicklung der Cortisolwerte und deren Assoziationen zu Grenzverletzungen und Burnout-Risiko im Verlauf unter Beachtung der Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge sind von grösstem wissenschaftlichen und fachpolitischen Interesse - zeigen sie doch, was sozialpädagogische Fachkräfte im Alltag leisten, welchen Belastungen sie in ihrem Berufsalltag ausgesetzt sind und welche Persönlichkeits- und Resilienzfaktoren sie gegebenenfalls vor Belastungen in Form von Burnout und sekundärer Traumafolgestörung schützen können. Gerade die Frage nach Schutzfaktoren könnte für

Fachpolitik und Trägerschaften von grossem Interesse sein, da dies helfen könnte, spezifische Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung von Fachkräften zu konzipieren.

Letztlich ist es eine tolle Innovation, dass solche Forschungsdesigns in der Kinder- und Jugendhilfe in der Schweiz erstmals realisiert werden konnten. Letztlich würde es viel mehr derart aufwendiger, vergleichender Forschung benötigen, um Innovationen und Weiterentwicklungen im Feld der Jugendhilfe auf ihre Effektivität und Effizienz untersuchen zu können. Die Tatsache, dass solche Untersuchungen in der Schweiz möglich sind, zeigt auch nochmals, dass sich auch durch das Fördermittel der Modellversuche im Feld der stationären Jugendhilfeeinrichtungen eine wohlwollende und unterstützende Einstellung zur Begleitforschung sowie ein Vertrauensverhältnis entwickelt hat, und die teilnehmenden Fachkräfte bzw. Institutionen die Sicherheit haben, dass ihnen die Ergebnisse auch wieder recht unmittelbar zu Gute kommen.

Auch die Ergebnisse der epidemiologischen Vorstudie sind für die traumapädagogische Entwicklung sehr wertvoll, da sie einerseits noch einmal zeigen, wie hoch die Belastung von sozialpädagogischen Fachkräften ist und was diese in ihrem Alltag leisten, sowie andererseits auch nochmal verdeutlichen, welche Herausforderung es darstellt, für die Klienten ein dauerhaft verlässliches, emotional engagiertes Beziehungsangebot aufrechtzuerhalten, auch wenn sie derart häufig die Grenzen der Fachkräfte verletzen. Allein aus diesen Befunden lässt sich eigentlich die Notwendigkeit von traumapädagogischen Konzepten begründen. Die Tatsache, dass der Zusammenhang von Grenzverletzung, Burnout-Symptomen und Arbeitszufriedenheit von der Selbstwirksamkeit und dem Sense of Coherence moderiert wird, ist eigentlich die perfekte Begründung für den traumapädagogischen Ansatz.

Es wurden so erstmals systematisch Daten zu Arbeitszufriedenheit, Burnout-Risiko und Grenzverletzungen bei sozialpädagogischen Fachkräften aus einer repräsentativen Stichprobe der Schweizer Jugendhilfe analysiert. Die Ergebnisse sind eindrücklich. Betrachtet man die hohe Zahl an Grenzverletzungen ist es eigentlich erfreulich, dass sich die Prävalenzen für den Burnout nicht deutlich negativ von anderen psychosozialen Berufen unterscheidet. Die Belastung ist in Anbetracht der sehr spezifischen zusätzlichen Belastung, die das Arbeitsfeld mit sich bringt, sehr hoch. 24% der SozialpädagogInnen wurden in den letzten 3 Monaten körperlich angegriffen. Trotzdem ist es natürlich sehr besorgniserregend, wenn ein Fünftel der sozialpädagogischen Fachkräfte relevante Burnout-Symptome berichten und 8% unter Sekundärtrauma-Symptomen leiden.

Es ist aber andererseits ein gutes Zeichen, dass diese Symptome in Anbetracht der immensen Belastungen nicht noch wesentlich höher sind. Dies spricht wiederum dafür, dass in der Heimerziehung auch vieles richtig gemacht wird und die Teamarbeit, die Versorgung durch Fallbesprechungen und Supervision den Fachkräften dabei helfen, die Belastungen auch zu bewältigen. Vielleicht kann man daraus für andere psychosoziale Berufe mit hohem Burnout-Risiko lernen. Höchstwahrscheinlich könnten zum Beispiel Lehrer auch von klareren Teamstrukturen und Supervisionsangeboten profitieren, wo sie doch viel allein tragen und viele belastende Interaktionen mit Schülern mit sich selbst ausmachen müssen.

In vielerlei Hinsicht sind die Ergebnisse bezüglich der Stressreduktion, Burnout-Risiko, Selbstfürsorge und Arbeitszufriedenheit ausgesprochen überzeugend. Teilweise war es im Nachhinein bedauerlich, dass die Stichprobe so klein und heterogen war. Die Effekte wären vermutlich sonst auch für grössere, sehr belastete Subgruppen noch grösser und leichter wissenschaftlich zu verbreiten gewesen, wenn die Interventionen gezielt einzelne Symptome reduzieren könnten und auch schon bei geringeren Effekten das Signifikanzniveau erreichen würden. Die deutlichen Effekte auf die Psychopathie sind schwierig zu interpretieren, wenn es nur sehr wenige Jugendliche in der Stichprobe gibt, die auf

diesen Fragebögen hoch auffällige Ergebnisse erzielen. Auch für andere Symptome, die in der Heimerziehung häufig vorkommen, wie Selbstverletzung oder schwerer Cannabiskonsum, werden die Gruppen rasch extrem klein.

8.4 Methodische Stärken und Schwächen des Modellversuchs

Die durch das Studiendesign vorgegebenen methodischen Probleme, die oben bereits aufgeführt wurden, liessen sich auch bei bester Planung nicht verhindern. Einige Limitationen resultieren aber auch aus der Durchführung. Es gab einen nicht unerheblichen Drop-Out, der zumeist auch auf gute Gründe (Abbrüche, nach den Ferien nicht mehr in die Einrichtungen zurück) zurückzuführen ist.

Bei der qualitativen Untersuchung wurden nur Personen befragt, die den ganzen Kurs durchliefen, was die Repräsentativität der Aussagen unter Umständen beeinflussen könnte. Es ist nicht völlig auszuschliessen, dass gerade bei den Fachkräften, die sich im Rahmen des Modellversuchs beruflich umorientierten, manche die Traumapädagogik kritischer sahen und sich zusage nur diejenigen, die auch persönlich sehr von den traumapädagogischen Konzepten profitierten und Interesse an einer stärken beziehungsorientierten Pädagogik hatten, von den Modellen angesprochen fühlen. Andererseits gibt es eine sehr hohe zufällige Fluktuation beim Personal. Auf quantitativer Ebene zeigten sich bezüglich Arbeitszufriedenheit und Burnout-Risiko keine signifikanten Unterschiede zwischen den Fachkräften, die nicht alle Messzeitpunkte durchliefen und ihre Einrichtung verliessen, und jenen, die bis zum Abschluss des Projektes dabei blieben.

8.4 Inwiefern hat der Modellversuch Traumapädagogik seine Ziele erreicht?

Das primäre und explizite Ziel des Modellversuches war es, traumapädagogische Konzepte, die vor fünf Jahren in Deutschland bereits recht weit verbreitet waren, auch in der Schweiz nachhaltig zu implementieren sowie eine Fachdiskussion über traumapädagogische Konzepte anzufachen, um die Traumasensibilität in der gesamten Kinder- und Jugendhilfe zu erhöhen. Ausserdem sollten traumapädagogische Konzepte in fünf Institutionen nachhaltig implementiert und eine traumapädagogische Weiterbildung aufgebaut werden.

Explizite Ziele, die erreicht wurden

Zuerst sollten die harten Fakten betrachtet werden:

- Die Diskussion um die Belastungen der sozialpädagogischen Fachkräfte und die von ihnen erlebten Grenzverletzungen wurden im Rahmen des Modellversuchs auf eine solide wissenschaftliche Grundlage gestellt.
- Alle Institutionen machen weiter und bauen Traumapädagogik in ihren Institutionen weiter aus (!), sei es, dass sie versuchen, die Haltung auf die anderen Bereiche zu übertragen oder sich gar in Richtung einer traumpädagogischen Intensivgruppe entwickeln, was natürlich auch immer von kantonaler Unterstützung und den Bedarfen an solchen Plätzen einhergeht. Der Bedarf für einige solcher Intensivplätze ist gewiss gegeben, und es ist bei einem gut konzipierten Intensivangebot sicher auch mit vielen ausserkantonalen Zuweisungen zu rechnen.

- Traumapädagogisch interessierte Fachkräfte in der Deutschschweiz vernetzen sich, organisieren sich und entwickeln die Traumapädagogik weiter. Eine enge Kooperation der Schweizer Gruppe mit der BAG Traumapädagogik Deutschland wird angestrebt, was zeigt, wie intensiv der Fach- austausch über das Thema geworden ist und wie viele Institutionen sich mit Traumapädagogik beschäftigen, die gar nicht direkt in den Modellversuch involviert waren.
- Es werden wiederholt zwei zertifizierte traumapädagogische Ausbildungsgänge nach Richtlinien der BAG/DeGPT angeboten. Diese werden häufig nachgefragt, bereits erfolgreich abgeschlossen und sind überbucht.

Die harten Fakten zeigen, dass sich alle teilnehmenden Institutionen weiter mit Traumapädagogik beschäftigen, auch in die Weiterentwicklung ihrer Institution und bei der Adaptation von Schlüssel- prozessen auf traumapädagogische Konzepte vertrauen und diese teilweise in die Leitbilder aufge- nommen und festgeschrieben haben. Dies ist in der Kombination damit, dass sich andere Einrichtun- gen vom Modellversuch inspiriert, aber unabhängig von ihm, ebenfalls auf den traumapädagogischen Weg machen, solche Prozesse durchlaufen und sich mit anderen Institutionen und Vertretern der Traumapädagogik vernetzen wollen, ein Zeichen für die Wirkung, die der Modellversuch im Feld der stationären Jugendhilfe hinterlassen hat. Dies alles spricht dafür, dass der Modellversuch seine expli- ziten Ziele erreicht hat, traumapädagogische Konzepte nun in der Schweiz zunehmend Verbreitung finden, sich viel interessierte und erfahrene Sozialpädagogen nun mit diesen Konzepten beschäftigen und diese dadurch auch kontinuierliche Weiterentwicklung und Optimierung erfahren.

Implizite Ziele

Eher implizite Ziele waren es, die Traumasensibilität im Feld zu erhöhen und auf die Belastungen der Fachkräfte im Feld hinzuweisen, was natürlich schwer zu operationalisieren ist. Es ist aber schon sehr eindrücklich, wie sehr traumapädagogische Konzepte nicht nur in der Jugendhilfe Verbreitung gefun- den haben, sondern sich in der Schweiz auch bereits in andere psychosoziale Handlungsfelder aus- dehnen.

Bei einer pädagogischen Haltung stellt sich immer die Frage, wie deren Verbreitung gemessen wird. Es ist aber auffallend, dass die Intensität der Fachdiskussion über Traumapädagogik in der Schweiz inzwischen nicht nur in den Modelleinrichtungen sondern im ganzen Feld immens zugenommen hat. Auf fast allen Fachtagungen der grossen Verbände wurde das Thema aufgenommen und diskutiert. Die Auseinandersetzung mit dem Thema hat eine sehr grosse Qualität, vielleicht nicht nur wegen des Modellversuchs, wurde aber sicherlich sehr stark von seinem Aufbau und Konzept beeinflusst. Es fällt nämlich auf, dass die Auseinandersetzung in der Schweiz auf breiter Ebene aussergewöhnlich profes- sionell erfolgt. Die meisten Institutionen, die sich auf den Weg machen, denken die Organisations- entwicklungsebene und die Trias des sicheren Ortes mit. Auch ist ihnen klar, dass neben der trauma- pädagogischen Weiterbildung auch strukturelle Veränderungen mitgedacht werden müssen. Nur sehr vereinzelt finden sich Stimmen, die davon ausgehen, dass traumapädagogische Weiterbildungen von einzelnen Fachkräften zielführend sein könnten. Man hat auch nicht den Eindruck, dass Einrich- tungen möglichst ressourcenschonend eine Modewelle mitnehmen möchten, um sich eine vermeint- lich bessere Marktposition zu erkämpfen, sondern alle hatten ein Interesse, mit Traumapädagogik etwas zu initiieren, um den Bedürfnissen ihrer Klienten und vor allem auch ihrer Mitarbeitenden gerechter zu werden.

Interessanterweise scheinen ökonomische Interessen bei den Anfragen und Fachdiskussionen kaum eine oder zumindest eine untergeordnete Rolle zu spielen. Die Anfragen zielen vor allem auf eine Verbesserung der pädagogischen Qualität und eine bessere Versorgung der pädagogischen Fachkräfte ab.

- Traumapädagogik ist in der Schweiz als feste pädagogische Haltung implementiert. Die Auseinandersetzung mit diesen Konzepten findet auf qualitativ sehr hohem Niveau statt.
- Sensibilisierung des gesamten Feldes für das Thema Traumapädagogik:
 1. Gewisse Sensibilisierung für die Traumasymptome und Beziehungsbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen.
 2. Sensibilisierung für die Belastungen von sozialpädagogischen Fachkräften und deren Bedürfnisse.
 3. Sensibilisierung für die Bedeutung von sicheren Strukturen und versorgenden Leitungsstrukturen.
- Erfahrungen im „Change Management“ in sozialpädagogischen Institutionen.

8.5 Kritische Würdigung und Reflexion der Durchführung Modellversuchs

Insgesamt kann festgehalten werden, dass der Modellversuch seine Ziele vollumfänglich erreicht hat. In Anbetracht der sehr grossen Effekte, die sich zeigen, und der aufwendigen und innovativen Methodik, ist es aus wissenschaftlicher Perspektive bedauerlich, dass die Stichprobengrösse und die heterogenen Problemlagen der untersuchten Kinder und Jugendlichen die Generalisierbarkeit der Befunde teilweise verhindert. Die Heterogenität der Stichprobe war für die fachpolitischen Ziele des Modellversuchs aber eher von Vorteil, da dadurch eine grössere Breite erreicht wurde und die Fachdiskussion sowohl in Schulheimen, Jugendheimen und verschiedenen genderspezifischen Angeboten diskutiert wurde.

Der Modellversuch hatte, wie alle Change Management-Prozesse in der Jugendhilfe, mit einigen zentralen Problemen zu kämpfen:

- Personalfluktuaton
- Qualitätszeiten mit dem ganzen Team sind eine wertvolle Ressource, um die alle institutionellen Projekte konkurrieren.
- Ressourcenmangel für die Umsetzung der Implementierungsprozesse und der Traumapädagogik-Konzepte im herausfordernden pädagogischen Alltag.
- Es ist schwer sich auf einen Prozess zu fokussieren, weil die Beteiligten immer wieder mit anderen, nicht vorhersehbaren institutionellen Aufgaben, wie der Einarbeitung neuer Mitarbeitenden, der Einführung neuer PC-Programme etc. konfrontiert werden.
- Wertvolle Teamzeiten werden oft auch für andere institutionellen Prozesse benötigt. Der traumapädagogische Prozess konkurrenziert zwangsläufig mit anderen institutionellen Prozessen um wertvolle Besprechungszeiten und Energien im Team und Leitungsteam.

Was würden wir heute anders machen, wenn wir es nochmal machen könnten?

- Aufwand früher transparenter machen
- Störprozesse proaktiv antizipieren und standardisiert angehen
- Mehr Ressourcen in den Einrichtungen für die Umsetzung vorhalten oder von aussen installieren
- Kompakter werden
- Kontrollgruppe auch stressen
- Stärker auf Prozesse fokussieren, um unabhängiger von Mitarbeiterfluktuation werden
- Stärker Manualisieren
- Grössere Stichprobengrösse (einplanen - plus Drop-Out verhindern)
- Gezielter und schlanker evaluieren

Aufwand früher transparenter machen

In der Anwerbephase wurde zwar sehr deutlich auf den zu leistenden Aufwand hingewiesen. Rückblickend muss aber eingeräumt werden, dass der Aufwand sowohl vom Modellversuchsteam als auch den teilnehmenden Institutionen deutlich unterschätzt wurde. Alle Institutionen waren durch die Implementierung phasenweise sehr herausgefordert und es gab in allen Institutionen Zeiten, in denen die Umsetzung von traumpädagogischen Konzepten pausieren musste und der Prozess stagnierte, weil die institutionellen Ressourcen gebunden waren oder verständlicherweise andere Prozesse priorisiert werden mussten. Die teilnehmenden Wohngruppen waren ja auch in institutionelle Prozesse eingebunden, die umgesetzt werden mussten.

Eine Hauptschwierigkeit ist es, im Schichtdienst überhaupt Zeitfenster zu finden, in denen das ganze Team gemeinsam an einem Projekt arbeiten konnte. Hier nahm die Traumapädagogik natürlich sehr viel Raum ein und band viele Ressourcen.

Der Aufwand für diesen Modellversuch war wegen der Begleitforschung, Öffentlichkeitsarbeit etc. sicher wesentlich höher als eine alleinige Einführung von Traumapädagogik. Dennoch zeigen diese Erkenntnisse nochmal, wie viele Ressourcen Change Management-Prozesse in der Jugendhilfe kosten, so dass es notwendig ist, die dafür vorgesehenen Zeiten sehr frühzeitig zu planen sowie fest und frühzeitig zu reservieren. Vielleicht wäre es hier besser gewesen, den Aufwand für die Institutionen in der Umsetzung früher zu kommunizieren und noch transparenter zu machen. Der Aufwand wurde im Vorfeld vor allem anhand der Seminartage für die Schulungen zur theoretischen und praktischen Wissensvermittlung festgelegt. Der schwer zu beziffernde zusätzliche Aufwand für Projektbegleitungen und die Prozesse zwischen den Sitzungen wurde zwar ebenfalls erwähnt, aber nicht in der gleichen Art und Weise bereits vor Projektbeginn eingeplant. Hierbei gab es natürlich die Schwierigkeit, dass auch das Modellversuchsteam den Aufwand zu Beginn des Projektes selbst noch nicht ganz genau beziffern konnte, und es auch im Nachhinein schwer ist, diesen abzubilden. Das Hauptproblem war es eigentlich, Zeitfenster zu finden, in denen das ganze Team gemeinsam etwas entwickeln konnte. Vermutlich wäre es aber dennoch von Vorteil gewesen, bereits in der Ausschreibung neben den Terminen für die Schulungen auch bereits Termine für die Projektbegleitung grosszügig festzulegen und einzuplanen, um zu verhindern, dass es dann später schwer wird, die notwendigen Ressourcen und Zeitfenster zu finden. Allerdings wäre es auch möglich gewesen, dass der reale Aufwand die

teilnehmenden Institutionen eventuell auch bereits im Vorfeld abgeschreckt hätte, da diese sowieso schon sehr viel investieren mussten.

Kompakter werden

Schulungen der theoretischen Inhalte viel stärker als Input zu Beginn konzentrieren und nicht auf einen so langen Zeitraum verteilen. Die Überlegung bei der Konzeption der Weiterbildung war, dass die Inhalte zwischen den einzelnen Weiterbildungsblöcken auch emotional verarbeitet werden müssen sowie die gelernten Haltungen und Methoden auch in der Praxis ausprobiert werden sollten. Es wurden in traumapädagogischen Weiterbildungen und Curricula sehr positive Erfahrungen damit gemacht, mehrmonatige Abstände zwischen den Kursen zu haben, um auch eine inhaltliche und emotionale Auseinandersetzung mit den Inhalten zu erreichen. Dieses Vorgehen ist gut für die individuellen Prozesse. Für die Prozesse auf einer institutionellen Ebene hat das Vorgehen aber Vor- und Nachteile. Sicher ist es auch für die institutionellen Prozesse von Vorteil, wenn die Teilnehmenden auch einen persönlichen Prozess durchlaufen und die traumapädagogische Haltung ein Stückweit verinnerlichen. Der Nachteil eines so langen Prozesses für die Vermittlung des Basiswissens auf institutioneller Ebene ist aber, dass man fast zwangsläufig mit Personalfuktuation konfrontiert wird und die Teams dadurch nur mit grossem zusätzlichem Aufwand auf dem gleichen Wissensstand gehalten werden können. Es ist über so lange Zeiträume schwerer, auf diese Prozesse fokussiert zu bleiben, da in diesem Zeitintervall in jeder Institution zwangsläufig noch viele unkontrollierbare Aufgaben und Belastungen hinzukommen. Dazu kommt natürlich noch, dass die Institutionen und wir sehr viel Geld und Ressourcen in Mitarbeitende investieren, die die in ihrer Weiterbildung erworbenen Kompetenzen dann gar nicht mehr in den institutionellen Prozess einbringen können. Vielleicht wäre es sinnvoller, die theoretischen Inputs zu komprimieren, etwas zu verschlanken und dadurch auf ein Jahr zu konzentrieren, wobei dieses natürlich wiederum eine höhere Belastung für die Aufrechterhaltung der Dienste auf den Wohngruppen darstellen kann. Für die Ziele des Modellversuchs und die Verbreitung von traumapädagogischen Konzepten war die Vertiefung wahrscheinlich sogar eher von Vorteil, da die Fachkräfte und insbesondere die Leitungskräfte, die ihre Stellen wechselten, die Traumapädagogik dann auch selbstsicherer in ihre neuen Wirkungsstätten trugen.

Stärker auf Prozesse fokussieren

Schlüsselprozesse definieren, diese wesentlich stärker innerhalb der Prozessbegleitungen behandeln und aus traumapädagogischer Perspektive optimieren, um unabhängiger von der personellen (Dis-)Kontinuität zu werden. Die stärkere Fokussierung auf Prozesse hat aber neben dem Ziel, das Problem der personellen Diskontinuität zu reduzieren, auch noch darüber hinausgehende inhaltliche Vorteile, da ganz gezielt wichtige institutionelle Prozesse aus traumapädagogischer Perspektive verändert werden können. Zum Beispiel können traumapädagogische Ideen viel zur Ausgestaltung von Schlüsselprozessen beitragen, von der Gestaltung des Aufnahmeprozesses, der Zimmergestaltung mit den Jugendlichen, über die Förderplanung, die Art und Weise der Fallbesprechungen und der Dokumentationssysteme, dem Umgang mit Grenzverletzungen bis hin zur Gestaltung des Abschiedes und der institutionellen Übergänge. Dabei werden bestehende Konzepte nicht grundsätzlich verändert, es lohnt sich aber, diese Konzepte konsequent aus einer traumasensiblen Haltung heraus zu betrachten.

Stärker Manualisieren

- **Gleiches Evaluieren:** Mehr homogene Institutionen mit ähnlicheren Kindern und Jugendlichen einzuschliessen - was aber auch negative Folgen für die Verbreitung von Traumapädagogik hätte. Vielleicht wäre es dennoch effektiver gewesen, zwei Modellversuche zur Traumapädagogik einzureichen, einen mit Kindern und einen mit Jugendlichen durchzuführen und nur die Geschlechtsvariablen, nicht aber gleichzeitig auch noch Alter und Institutionstypologie zu variieren. Dadurch wäre es zum Beispiel bei den Schulheimen auch noch möglich gewesen, die Schulen stärker einzubeziehen.
- **Ausreichende Stichprobengrösse:** Wir hätten vehementer um eine deutlich grössere Stichprobe kämpfen müssen, auch wenn dies mit Mehrkosten für den Modellversuch verbunden gewesen wäre. Die Vorteile auf der Ebene der Wirkungsforschung hätten diesen Mehraufwand rechtfertigen können. Ein Problem war auch, dass austretende Jugendliche oft nicht konsequent genug gemeldet und erhoben wurden und wir doch einen nicht unerheblichen Drop-Out zu verzeichnen hatten. Hier wäre es wichtiger gewesen, die Teams deutlicher für die Evaluation in die Verantwortung zu nehmen, um einen vermeidbaren Drop-Out und unvollständige Daten zu reduzieren, auch wenn es natürlich oft schwer ist und der Drop-Out bei jedem Einzelfall nachvollziehbare gute Gründe hatte. Mit einer Möglichkeit, die Erhebungen auch internetbasiert zu Hause zu machen, hätte man den Drop-Out sicher auch noch weiter reduzieren können.
- **Direkter Evaluieren:** Wir haben sehr globale und damit multifaktorielle Zielvariablen aus sehr etablierten Fragebögen definiert, diese werden von der Traumapädagogik und ihren Interventionen aber nur relativ indirekt erreicht. Vermutlich wäre es teilweise sinnvoller und erfolgsversprechender gewesen, wesentlich spezifischere Zielvariablen zu formulieren, welche gezielt die Stärken der Traumapädagogik abbilden. Beispielsweise wäre es interessant gewesen, den traumapädagogischen Prozess, den Wissenszuwachs über traumapädagogische Themen sowie die Haltungsänderung besser und konkreter abzubilden. Der Nachteil dieser Methode wäre aber gewesen, dass es kaum Vergleichswerte gegeben hätte, auf die die Befunde hätten bezogen werden können, weshalb es nützlicher, ökonomischer und zielführender erschien, diese Dinge im Rahmen der qualitativen Interviews intensiver zu erfragen als dies mit quantitativen Verfahren möglich ist.

Natürlich wäre es besser gewesen, den Effekt der Traumapädagogik erst nach Beendigung des Implementierungsprozesses zu messen. Leider ist es bei einer solch komplexen und vielschichtigen Intervention und einem derart langwierigen und aufwendigen Implementierungsprozess im Feld nicht möglich, die Wirkung der Traumapädagogik unabhängig vom Prozess der Implementierung messen. Insbesondere, wenn die zeitlichen Vorgaben für Modellversuche einzuhalten ist und letztlich gerade der Implementierungsprozess der Kern dieses Veränderungsprozesses war. Es ist somit kaum möglich, gemeinsam mit den Einrichtungen einen Zeitpunkt zu definieren, ab welchem sie so weit sind „traumapädagogisch zu arbeiten“, da sie sich in den Wochen davor natürlich auch schon gravierend verändert haben und zu jedem Stand der Implementierung neue Klienten aufgenommen werden. Die Prozesse beginnen und schon rasch wird deutlich, wie sich die Institutionen verändern. Wäre mit der Evaluation erst nach Abschluss der Implementierungsphase gestartet worden, wäre es nicht möglich gewesen, den Implementierungsprozess im Modellversuch abzubilden. Auch wäre zu erwarten gewesen, dass die Veränderungen in der Traumapädagogik bei einigen Probanden sehr klein sind, weil sie von den Veränderungen im Implementierungsprozess schon sehr profitiert hätten. Eine alleinige

Untersuchung der Neuaufnahmen würde bedeuten, dass der Modellversuch entweder in mehr Institutionen oder über einen wesentlich längeren Zeitraum hätte realisiert werden müssen.

Wenn wir es nochmal tun könnten - was würden wir immer wieder so machen?

Ein wesentlicher Wirkfaktor der ganzen Umsetzung des Modellversuchs war sicher die Konsequenz mit der die traumapädagogischen Haltungen auch auf den gesamten Implementierungsprozess angewandt wurden. Jedes Seminar und jede Sitzung mit den Institutionen sollte unter traumapädagogischen Gesichtspunkten und mit der entsprechenden Haltung stattfinden.

Die Haltung sollte von den Prozessbegleiterinnen und den Referenten vorgelebt und dadurch auch emotional greifbar gemacht werden. Die notwendige Konsequenz bei der Anwendung bedeutete aber eben auch, dass genügend Zeit für die Definition, die Rekonstruktion des sicheren Ortes sowie für die Partizipation der Teilnehmenden (Bedürfnisse der Personen und Institutionen) und die Individualisierung aufgewendet werden musste. Im Prozess wurde viel Wert auf die Versorgung der Unsicherheit der Teilnehmenden gelegt, die Referenten bemühten sich um eine hohe Sensibilität für die Bedürfnisse der Teilnehmenden und demonstrierten persönliche Präsenz bei minimalen Veränderungen/Verletzungen des sicheren Ortes von Seiten der Referenten oder durch einzelne Teilnehmenden. Dadurch fungierten die Referenten und Prozessbegleiter auch als Modelle dafür, wie diese Haltungen auch mit Jugendlichen gegebenenfalls umgesetzt werden könnten.

Sehr von Vorteil war sicherlich auch der intensive Austausch der Modellinstitutionen:

- Viel Zeit in den „sicheren Ort“ für den Prozess investieren.
- Persönliche Wachstumsprozesse zulassen und fördern.
- Funktionsträger spezifisch ansprechen und in ihrer Funktion weiterentwickeln.
- Den Austausch zwischen den Institutionen fördern.
- Veranstaltungen in Klausuratmosphäre.
- Kombination von qualitativen und quantitativen und neurobiologischen Methoden.
- Die Vernetzung und den Austausch der unterschiedlichen Institutionen fördern und pflegen. Ich-Wir habe(n) sehr viel in diesen wertvollen Begegnungen mit tollen Menschen gelernt.
- Auf die Haltung, Reflexion sowie den Spass und den „sichern Ort“ fokussieren.
- Gute Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Justiz und Fachausschuss pflegen.

Auf die Haltung, Reflexion sowie den Spass und den „sichern Ort“ fokussieren.

Haltung	Schulung/Prozess
Sicherer Ort	Geschützter Rahmen, Schweigepflicht für alle Beteiligten, wertschätzenden, offene Atmosphäre, auch Meinungen, die nicht von allen geteilt werden, können ohne negative Konsequenzen geäußert werden. Rahmenbedingungen werden verlässlich eingehalten.
Transparenz	Klarheit über Rahmenbedingungen, Ablauf, Ziele und nächste Schritte im Prozess und des Schulungskonzeptes.
Partizipation	Ablauf, Inhalte, Umgang mit Pausen, Anfangs- und Schlusszeiten werden immer wieder abgestimmt.
Ressourcenorientierung	Ausreichend Möglichkeiten, seine persönlichen und institutionellen Stärken einzubringen und mit den vermittelten Inhalten zu verknüpfen.
Beziehungsangebot	Die Beziehungen der Fachkräfte in der Gruppe untereinander werden gefordert, die Dozenten können auch zwischen den Seminaren angesprochen werden.
Wahrung der Autonomie aller Beteiligten	Jede/r TeilnehmerIn kann jederzeit selbst entscheiden, woran er/sie sich aus welchen guten Gründen beteiligt.
Verlässlichkeit, Vertraulichkeit, Verfügbarkeit	Die Termine werden so gestaltet, dass die Gruppen möglichst konstant bleiben, die Dozenten sind nach Absprache auch zwischen den Schulungsterminen zu erreichen.
Nichtschädigung	Es versteht sich von selbst, dass kein/e TeilnehmerIn oder DozentIn die persönlichen Grenzen anderer Teilnehmenden verletzt.
Ermutigung	Die TeilnehmerInnen werden ermutigt, Dinge im Seminar, im sichereren Rahmen und dann auch in ihren Arbeitskontexten auszuprobieren. Hindernisse bei der Übertragbarkeit und gute Gründe werden identifiziert sowie zu lösen versucht.
Individualisierung - Gleichbehandlung	Alle Teilnehmer werden gleich behandelt, individuelle Abweichungen.
Förderung: Sinnes- und Körperwahrnehmung Emotionsregulation Selbstwirksamkeit Beziehungsfähigkeit	Übungen zur Achtsamkeit und Emotionsregulation werden in den Prozess eingebaut. Die Selbstwirksamkeit wird im Rahmen von konkretem Einüben von Techniken und Methoden unterstützt. In der Supervision und bei Falldarstellung wird explizit auf eine Förderung der Selbstwirksamkeit im Alltag geachtet.
Verantwortung	Alle teilnehmenden Fachkräfte übernehmen ihren Teil der Verantwortung für eine gelingende Weiterbildung, seine Rahmenbedingungen (z.B. Pünktlichkeit), Engagement.
Freude	Übungen, die Spass machen, attraktives Rahmenprogramm, schöne und geeignete Räumlichkeiten für die Schulungen.

9 Fachpolitische Diskussion der Ergebnisse des Modellversuchs

1. Alter Wein in neuen Schläuchen? Was ist das Neue und Innovative an einer Traumapädagogik?
2. Woraus resultiert das stark gewachsene Interesse an traumapädagogischen Konzepten?
3. Nutzen einer höheren Traumasensibilität und Traumapädagogik für die Praxis der Heimerziehung?
4. Was braucht es für eine konsequente Umsetzung für inhaltliche und strukturelle Bedingungen?
5. Braucht es traumapädagogische Intensivgruppen? Braucht es Standards für diese Intensivgruppen?
6. Sind traumapädagogische Konzepte ohne grosse Adaptationen auf unterschiedlichste Klientel insbesondere mit strafrechtlichem Hintergrund zu übertragen?
7. Stellt Traumapädagogik andere Anforderungen an die Fachkräfte?
8. Inwiefern sollten traumapädagogische Konzepte in die Aus- und Weiterbildung von sozialpädagogischen Fachkräften und Sozialarbeitern integriert werden?
9. Traumapädagogik in der Heimerziehung: Anwendung auf andere Handlungsfelder innerhalb der Heimerziehung
 - a) Kleine Kinder
 - b) Niederschwelligere Angebote, Durchgangs- und Beobachtungsstationen
 - c) Geschlossene Unterbringung
 - d) Schnittstelle Schule, Berufsausbildung und Heimerziehung
10. In wie fern kann und sollte die Traumapädagogik auf andere psychosoziale Handlungsfelder ausgeweitet werden?
 - Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen
 - (Kinder- und Jugend)psychiatrische Milieuthherapie
 - Pflegekinderhilfe
 - Suchtkrankenhilfe
 - Streetwork
 - Forensik und Strafvollzug
 - Häusliche Gewalt und Frauenhäuser
 -
11. In wie fern lassen sich die Erkenntnisse zu Change Management-Prozessen aus der Traumapädagogik auf andere Veränderungsprozesse in der Jugendhilfe übertragen?
 - a) Belastungen antizipieren
 - b) Funktionsträgerspezifischer Zugang
 - c) Kompakte Wissensvermittlung und inner- und ausserinstitutionelle Prozessbegleitung
 - d) Umgang mit Personalfluktuatation

- e) Schlüsselprozesse
- f) Sicherer Ort, Veränderungsprozess

9.1 Alter Wein in neuen Schläuchen? Was ist das Neue und Innovative an einer Traumapädagogik?

Aspekte von Konzepten einer Traumapädagogik finden sich auf jeder gut funktionierenden Wohngruppe und sind insofern nicht wirklich neu.

Einige Konzepte und viele Facetten der Haltung sind bereits in den Klassikern der Heimerziehung beschrieben (Aichhorn, 2005; Bettelheim, 2007; Korczak, 2014; Redl, 1971) und viele Interventionen, die in traumapädagogischen Kursen gelehrt werden, werden auch in systemischen, erlebnis- und heilpädagogischen Aus- und Weiterbildungen oder Kursen zur Psychiatriebezogenen Sozialpädagogik vermittelt. Es finden sich auf fast jeder sozialpädagogischen Wohngruppe Ansätze für und von traumapädagogischen Interventionen, weshalb diese eigenen Ressourcen der Einrichtungen in traumapädagogische Konzepte einfließen sollten. In Berichten aus dem von Janusz Korczak geleiteten Waisenhaus „Nasz Dom“ finden sich Beispiele über die Partizipation von Kindern und Jugendlichen, welche einer traumapädagogischen Haltung in letzter Konsequenz entsprechen. Auch die Bedeutung von Gegenübertragungsgefühlen, der Supervision, Psychohygiene und Selbstreflexion von sozialpädagogischen Fachkräften wird zwar leider oft vernachlässigt, ist aber eigentlich bereits ein Allgemeingut in der stationären Jugendhilfe und wird in der Regel als notwendiges Merkmal der Strukturqualität auch ohne Probleme finanziert.

9.1.1 Was ist also das Innovative an der Traumapädagogik?

Letztlich sind es vor allem folgende Elemente, die wirklich innovativ an der Traumapädagogik sind (vgl. Schmid & Lang, 2012):

- Verortung in der Psychotraumatologie
- MitarbeiterInnen als Teil des Konzepts
- Fachpolitische Forderungen zur Strukturqualität
- Interdisziplinarität
- Vermittlung von Narrativen - Psychoedukation - Förderung des Selbstverstehens
- Konsequenz in der Haltung
- Nutzung der Begleitforschung

1. Verortung in der Psychotraumatologie

Diese zeichnet zwangsläufig die Begründung der Interventionen und Haltungen sowie auch die der Notwendigkeit der Versorgung der Fachkräfte aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Psychotraumatologie aus.

Das theoretische Gerüst der Psychotraumatologie liefert einen sehr guten theoretischen Hintergrund für viele Interventionen, die sich in der Heimerziehung bereits lange Zeit etabliert haben und öffnet den Raum, bestehende Ressourcen und Elemente in die Psychotraumatologie zu integrieren. Viele Dinge, die im Alltag bereits umgesetzt und in Abläufe integriert wurden, werden vermutlich, nachdem diese aus traumapädagogischer Perspektive nochmals analysiert wurden, mit einer Intensität, Aufmerksamkeit und Konsequenz getan und können daher eine stärkere Wirkung erfahren - Absicht wirkt!

2. MitarbeiterInnen als Teil des Konzeptes

Die Tatsache, dass die Versorgung der Mitarbeitenden fest im Konzept des sicheren Ortes in institutionellen Strukturen verankert und eine „Versorgungskette“ für den institutionellen Alltag aufgebaut wird, ist eine wichtige Innovation, die so explizit und konsequent in kaum einem anderen pädagogischen Ansatz transportiert, eingefordert und umgesetzt wird. Die Versorgung der Mitarbeitenden ist in den traumapädagogischen Konzepten keine Aufgabe, die nach aussen delegiert werden kann, sondern ein institutioneller Auftrag. Der Leitung obliegt es, mit dieser Haltung zu agieren und Strukturen zu schaffen, in denen sich die Mitarbeitenden sicher fühlen können. Sie sollten sich darüber im Klaren sein, dass ihr Interaktionsverhalten einen Modellcharakter für das ihrer Mitarbeitenden haben kann.

3. Fachpolitische Forderungen zur Strukturqualität

Diese strukturelle Verankerung führt dazu, dass aus traumapädagogischen Konzepten fachpolitische Forderungen für die Struktur- und Prozessqualität der stationären Kinder- und Jugendhilfe abgeleitet werden können.

4. Offenheit für Interdisziplinarität

Offenheit für interdisziplinäres und Schulen übergreifendes Denken sowie Kooperationen mit Nachbardisziplinen. Letztlich ist Traumapädagogik auch eine Form, die Pädagogik und Milieuthérapie in der Versorgung von psychisch hochbelasteten Kindern und Jugendlichen zu stärken und ein Verständnis für die schwierigen Interaktionen im pädagogischen Alltag zu bekommen, welches sich sowohl sozialpädagogischen als auch Konzepten der klinischen Psychologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie bedient.

Die Psychotraumatologie kennt auch in der Psychotherapie kaum ein rigides Schulendenken. In ihrem Umfeld treffen sich sowohl Verhaltenstherapeuten, Systemiker, Psychodynamiker und Körpertherapeuten sowie nicht therapeutische Berufsgruppen. Jeder Ansatz kann aus der Psychotraumatologie wichtige Aspekte für die Weiterentwicklung seines Ansatzes herausziehen und seine Überlegungen in die Fachdiskussion hin zu einem eklektischen und interdisziplinären Vorgehen einspielen. Es wird im Rahmen der psychotraumatologischen Betrachtungsweise auch schnell klar,

dass alle Menschen unabhängig von der Funktion, die sie in der Versorgung von traumatischen Menschen inne haben, ähnlichen Belastungen und Gefahren wie heftigen Gegenübertragungsgefühlen und Sekundärtrauma-Symptomen konfrontiert werden, so dass dort die Interdisziplinarität bereits angelegt ist.

5. Vermittlung von Narrativen - Psychoedukation - Förderung des Selbstverstehens

Ein wichtiger Aspekt der Traumapädagogik ist es, die Klienten in ihrer Selbstwahrnehmung und ihrem Selbstverstehen zu fördern. Traumasymptome sind eine natürliche Reaktion auf unnatürliche Erlebnisse, die die Betroffenen aber erheblich verunsichern können. Dissoziative Symptome unterbinden die Selbstwahrnehmung und verhindern, dass belastende Erlebnisse in die Biographie eingewebt werden. Deshalb ist es sehr wichtig, sich viel Zeit zu nehmen, um den Kindern ihr Erleben und die gute Gründe für ihr Verhalten zu erklären und dadurch ihr Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle zu fördern. Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle sowie die Motivation für die aktuelle Hilfe kann auch mit Narrativen, die die Notwendigkeit der Hilfen begründen, unterstützt werden, in welche natürlich auch Ressourcen und sinnvolle Bewältigungsstrategien eingebaut werden können.

6. Konsequenz in der Haltung

Auch wenn die Haltungsideen von Klassikern der Heimerziehung geteilt werden (Korzczak, 2002, 2014; Aichhorn, 2005; Redl, 1975) ist doch die Konsequenz und die Absicht, mit denen diese Haltungen gelebt und vorgelebt werden, etwas, was die Traumapädagogik auszeichnet. Die traumapädagogischen Haltungen und Konzepte befürworten vermutlich fast alle psychosozialen Fachkräfte intuitiv falls man Sie danach befragt, trotzdem geht diese Haltung im Alltag und insbesondere in Krisensituation häufig verloren.

Vielleicht liegt einer der Hauptunterschiede von den besten (trauma-)pädagogischen Wohngruppen zur breiten Masse der Wohngruppen darin, dass man sich gerade im Krisenfall auf seine Haltungen beruft und diese dann auch konsequent zur Auflösung von Krisen heranzieht, zum Beispiel um nach einer Grenzverletzung den Sicherer Ort wieder zu rekonstruieren (Schmid & Fegert, 2015). Vielleicht muss man aus traumapädagogischer Perspektive dem beliebten Churchill-Zitat zur Haltung noch ein zweites Zitat von ihm nachschieben:

„Haltung ist eine kleine Sache, die einen grossen Unterschied macht.“

„Die Kunst ist es einmal mehr (mit der gleichen Haltung) aufzustehen als man umgeworfen wird.“

Sir Winston Churchill

7. Die Nutzung von Begleitforschung zur Weiterentwicklung der Traumapädagogik

Die Tatsache, dass sich die Traumapädagogik, im Gegensatz zu vielen anderen milieutherapeutischen Konzepten, von Beginn an um eine wissenschaftliche Evaluation bemühte und dabei oft auch innovative Ansätze verwendet, hat sicher die Verbreitung der Traumapädagogik unterstützt. Dabei wäre es sicher wichtig, in diesem Bereich, auch unabhängig von Projektförderung, noch weiter voranzuschreiten und konsequent Methoden der Qualitätssicherung in allen traumpädagogischen Wohngruppen zu installieren, um deren Notwendigkeit und die spezifischen Bedarfe der Kinder und Jugendlichen, die dort betreut werden, auch immer wieder abbilden zu können.

Diese sieben Punkte decken sicher nicht alles Innovationspotential ab, können aber vielleicht aufzeigen, dass die Traumapädagogik keine grundlegende Veränderung der Pädagogik ist, aber eine konsequente Umsetzung und neue theoretische Einbettung von vielen klassischen Interventionen und Konzepten der Heimerziehung in die Psychotraumatologie leistet. Aus dem psychotraumatologischen Wissen um die verletzten Beziehungsbedürfnisse lässt sich leicht eine förderliche Haltung abbilden und begründen. Diese Haltungsthemen sind auch in der Heimerziehung nicht neu, sie gehen im Alltag aber oft und leicht verloren. Mit der Traumpädagogik wird der Blick auf den Kern der Pädagogik, die Beziehung zwischen der Fachkraft und dem betreuten Kind/Jugendlichen, wieder geschärft. In den Worten einer Teilnehmerin: „Die pädagogische Arbeit bleibt die gleiche, nur wie wir sie machen ist etwas unterschiedlicher geworden.“

9.2 Woraus resultiert das stark gewachsene Interesse an traumapädagogischen Konzepten?

Das stark gewachsene Interesse an traumapädagogischen Konzepten im Feld der Kinder- und Jugendhilfe resultiert vermutlich aus verschiedenen Motiven:

- Subjektiv mehr schwierigere Fälle bei höheren Anforderungen an die Teilhabe von Jugendlichen - Steigerung der Selbstwirksamkeit der Jugendhilfe mit schwierigen Fällen.
- Stärkerer Wunsch nach einer theoretischen Einbettung dessen, was man tut - Erkenntnisse der Psychotraumatologie erreichen die breite Öffentlichkeit und beeinflussen somit zwangsläufig auch die Heimerziehung.
- Wenig neue, alternative und aktuelle innovative milieutherapeutische Konzepte für die stationäre Jugendhilfe.
- Schutz der Kinder- und Jugendlichen aber auch der eigenen Fachkräfte vor Grenzverletzungen
- Probleme, sozialpädagogisches Personal zu bekommen, zu halten und weiterzuentwickeln - Krankheit oder Fluktuation von unzufriedenen Fachkräften kann in der Regel nur schwer mit der gleichen Qualität kompensiert werden, weshalb die Arbeitszufriedenheit der sozialpädagogischen Fachkräfte zu einem immer bedeutsamerem Gut für die Trägerschaften wird.

Einerseits erleben die Fachkräfte subjektiv, dass ihre Klientel immer schwieriger wird, die Anforderungen für ihre Klienten an eine berufliche Integration und Teilhabe an der Gesellschaft

tendenziell aber eher steigen. In wie fern die Fälle auch objektiv immer schwieriger werden, lässt sich auf empirischer Ebene gar nicht so einfach bestimmen. Es gab schon immer viele hochbelastete Jugendliche in der Heimerziehung. Die Ergebnisse dieses Modellversuchs zeigen, dass sich das Klientel im Vergleich zur Stichprobe im Modellversuch MAZ vor fünf Jahren nicht signifikant verändert hat. Es ist aber sicher einerseits so, dass der Ausbau von intensiveren, tragfähigeren ambulanten Angeboten die Situation in der stationären Kinder- und Jugendhilfe eher noch verschärft, da nur noch jene Jugendliche platziert werden, bei denen ambulante Massnahmen scheitern oder von vornherein als wenig erfolgsversprechend gelten. Verändert hat sich aber sicher der wesentlich höhere Anspruch, Jugendliche auf dem ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, so dass es mehr und mehr junge Erwachsene gibt, die von der Gesellschaft abgehängt werden. Einfache Jobs in Hochlohnländern werden kaum mehr geschaffen und häufig wegrationalisiert. Es gibt weniger Nischen, in denen sich hoch belastete Jugendliche gut entwickeln können, insbesondere wenn geschützte Stellen nicht mit ihrem Selbstwert vereinbar wären, zumal die integrativen Angebote selten für Heranwachsende mit komplexen Störungsbildern und Persönlichkeitsstörungen ausgelegt sind (Dammann, 2007; Schmid et al., 2009).

Die starke Zunahme der IV-Berentungen bei jungen Erwachsenen mit psychischen Störungen zeigen auch, dass die Anforderungen an die Integration von hochbelasteten jungen Erwachsenen steigen (OECD, 2014). Das subjektive Gefühl, mehr leisten zu müssen und mit immer schwierigeren Fällen konfrontiert zu sein, löst natürlich eine Suche nach neuen Interventionen und Konzepten aus, die die Selbstwirksamkeit der Fachkräfte erhöhen. Ein weiterer Grund, warum aktuell ein grosses Interesse an der Traumpädagogik resultiert sicher aus der Tatsache, dass der Wunsch besteht, die sozialpädagogische Arbeit theoretisch besser einzubetten und den Mitarbeitenden eine Haltung und Interventionsideen mitzugeben, etwas woran sie sich in ihrem unberechenbaren Alltag orientieren können. Aus der Psychotraumatologie lassen sich viele Interventionen ableiten, die sich gut mit klassischen Konzepten der Heimerziehung verbinden lassen. Durch die Integration des psychotraumatologischen Wissens in die Heimerziehung ist sicher auch der Tatsache geschuldet, dass die neurobiologischen Folgen von Traumatisierung inzwischen immer breiter und nicht nur in der Fachöffentlichkeit diskutiert werden. Daher ist es nur logisch, dass diese Erkenntnisse auch die Heimerziehung erreichen und dort angewendet werden, da hier besonders viele traumatisierte Menschen betreut werden. Der Wunsch nach einer theoretischen Weiterentwicklung speist sich sicher auch aus der Tatsache, dass es wenig neue und innovative Konzepte für die Heimerziehung gibt, die eine lange Tradition haben, auch sind die wichtigen und wertvollen Erziehungsaufgaben im Alltag oft schwer zu fassen und zu beschreiben. Hier ähnelt die Heimerziehung der Hausfrau, die sich für anstrengende Tätigkeiten in der Kinderbetreuung ständig rechtfertigen muss, was sie im Alltag leistet. Deshalb ist es wichtig, eine Sprache und eine theoretische Begründung für das zu finden, was im pädagogischen Alltag geleistet wird. Es ist ein Unterschied, ob ein Kind ins Bett gebracht oder ein ressourcenorientiertes Abendritual gestaltet wird. Eine solche Wortwahl hat eine andere Aussenwirkung, aber auch eine Wirkung auf die Qualität und die Absicht, mit der ich die Kinder ins Bett bringe.

Die Grundsätze sowie die theoretische Auseinandersetzung mit der Milieuthherapie und der Heimerziehung sind teilweise über hundert Jahre alt und immer noch aktuell (Korczac, 1919/2014; Heinemann & Hopf, 2010). Dennoch gibt es in der Heimerziehung immer wieder neue Trends und Wellen, wie die konfrontative Pädagogik (Überblick bei Weidner & Kilb, 2004; Denz, 2012), Kompetenzorientierung (Cassée, 2010), der lösungsorientierte Ansatz (Durrant, 1993) oder systemische Pädagogik (Ritscher, 2005; Schindler, 1996), die immer wieder das Feld der stationären

Jugendhilfe nachhaltig beeinflussen und in bereits bestehende Konzepte integriert werden sollten. Hier könnte Traumapädagogik als eine weitere pädagogische Modewelle angesehen werden, wobei die traumapädagogischen Konzepte durch den interdisziplinären Charakter und die Verankerung in den institutionellen Strukturen als Haltung, wenn sie sich kontinuierlich weiterentwickelt, die Chance hat, tiefere und nachhaltige Spuren in der Jugendhilfe und anderen psychosozialen Handlungsfeldern zu hinterlassen, wie dies auch die oben genannten Ansätze nachhaltig taten und noch tun. Traumapädagogik hat hier sicher auch eine Phase erwischt, in der das Feld nach neuen theoretischen Ansätzen suchte und gerade auch wegen des Booms der Psychotraumatologie und neurobiologischen Forschung sehr offen für diese Konzepte war.

Einer der wichtigsten Punkte ist aber sicher auch, dass sich immer mehr die Frage nach der Personalentwicklung und dem Halten von gutem Personal stellt. Insbesondere wird es immer bedeutsamer, Heimerziehung nicht nur als Durchgangsberuf (Schoch, 1989; Scheller, 2013) zu definieren. Je anspruchsvoller die Tätigkeit wird und je mehr in die institutionelle Aus- und Weiterbildung von Fachkräften investiert wird, desto mehr müssen Mitarbeitende auch als Humankapital angesehen werden, das gehalten werden muss und welches Arbeitsbedingungen vorfindet, die zu einer hohen Arbeitszufriedenheit und Identifikation mit der Trägerschaft führen. Der Gedanke, bei der Versorgung und Sicherheit anzusetzen, holt viele Trägerschaften bei etwas ab, was sie selbst verunsichert, bemerken diese doch oft auch, dass ihre Mitarbeitenden hoch belastet sind. Sie sind häufig mit Grenzverletzungen konfrontiert und haben trotzdem wenige Möglichkeiten, ihre Fachkräfte vor Ort zu unterstützen und sind auf der Suche nach Möglichkeiten, dieses möglichst effektiv und effizient zu tun. Hier zeigt das traumapädagogische Gedankengut wichtige Ideen auf und kann die Grundlage für eine strukturelle Einbettung einer besseren fachlichen und emotionalen Unterstützung der Mitarbeitenden bilden. Aus der Traumapädagogik lassen sich auch wirkungsvolle Ideen zur Aufarbeitung von Grenzverletzungen (Rekonstruktion des sicheren Ortes, Schmid & Fegert, 2015) ableiten. In der zunehmenden Konkurrenz um gute Fachkräfte werden Arbeitsbedingungen und auch „softe“ Trägerfaktoren, wie die Unterstützung in bzw. nach Krisen, ein wichtiger Wettbewerbsvorteil. Traumapädagogik gibt den Fachkräften einerseits ein theoretisches Gerüst, an dem sie sich orientieren können, und andererseits zeigt sie ihnen, dass sich die Trägerschaft um ihre Sicherheit und eigene Psychohygiene sorgt und versucht, diese strukturell zu verankern.

In Anbetracht der steigenden Konkurrenz mit anderen sozialpädagogischen Tätigkeitsfeldern im ambulanten Bereich und der Tagesbetreuung ist es sehr wichtig, die Tätigkeit in der Heimerziehung wieder aufzuwerten. Die Traumapädagogik ist hier ein sehr geeignetes Mittel, da sie nicht versucht, therapeutische Konzepte in die Heimerziehung zu bringen, sondern ganz gezielt im Alltag ansetzt. Damit gewinnt die sozialpädagogische Arbeit auf der Wohngruppe gesellschaftlich an Ansehen und versucht das Selbstbewusstsein der Menschen, die dort arbeiten oder zukünftig dort arbeiten wollen, zu stärken.

9.3 Nutzen einer höheren Traumasensibilität und beziehungsorientierten Traumapädagogik für die Praxis der Heimerziehung

Niemand muss unbedingt zynisch oder überkritisch veranlagt sein, um bei dem enormen (Mehr-)Aufwand den unmittelbaren Nutzen einer höheren Traumasensibilität für die Praxis der Heimerziehung zu hinterfragen. Letztlich zeigen die Evaluationsergebnisse recht eindeutig, wie immens der Nutzen einer höheren Traumasensibilität sein kann. Eine höhere Sensibilität für die

belastenden Beziehungserfahrungen der Klienten und die Belastungen und Sicherheit der Fachkräfte hilft den Fachkräften, eine höhere persönliche Präsenz in der pädagogischen Interaktion zu haben und diese dennoch professionell zu reflektieren. Die höhere persönliche Präsenz und das konsequent bei den Emotionen des Klienten bleiben zu können erlaubt es den Klienten, wichtige korrigierende Beziehungserfahrungen zu machen und nach und nach bessere Selbstregulationsfähigkeiten zu entwickeln. Die Wirkung einer höheren Traumasensibilität geht aber natürlich weit darüber hinaus, was auf der Wohngruppe passiert, da sich diese natürlich auf auch sämtliche institutionelle Entscheidungen auswirkt, wie zum Beispiel auf die Frage, wer aufgenommen und entlassen wird, wer weiter auf einer Wohngruppe getragen wird, wem noch eine Chance gegeben wird und wer zur „Verfügung“ gestellt wird. Wenn vermehrt auf biographische Belastungen und vorherige Beziehungsabbrüche bei der Aufnahme geachtet wird, werden auch die zuweisenden Behörden für die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen und die Kontinuität in der Hilfeplanung sensibilisiert. Dies führt mittelfristig vielleicht dazu, dass hoch belastete Kinder und Jugendliche früher stabiler und passgenau in ausreichend tragfähigen Institutionen platziert werden, um Beziehungsabbrüche zu vermeiden. Zuweisende Behörden sollten eine ambulante oder stationäre Massnahme stets so intensiv und nachgehend wählen, dass eine ausreichende Stabilisierung und Kontinuität in der Hilfeplanung erreicht werden kann. Gerade bei ambulanten Hilfen sollte bedacht werden, ob sie ausreichend intensiv sind, um die Situation in der Familie in nützlicher Frist nachhaltig zu verändern, um die Heranwachsenden nicht unnötig lange maladaptiven Erziehungsbedingungen ausgesetzt zu lassen. Hier soll nicht generell gegen ambulante Massnahmen argumentiert werden. Diese sind sehr sinnvoll und haben ihre Indikation, sollten aber gut in der Abgrenzung zu aufsuchenden therapeutischen Angeboten (z.B. MST) und stationären Angeboten geprüft werden und intensiv genug gewählt und sehr konsequent evaluiert werden. Gerade in den ambulanten Hilfen ist eine engmaschige Qualitätssicherung und Wirkungskontrolle unabdingbar, um nicht günstige Zeitfenster für intensivere Interventionen zu verpassen. Falls eine Indikation für eine intensivere Massnahme besteht, sollte die Familie auch konsequent für diese motiviert werden.

Eine stärkere Traumasensibilität wird sich auch darin zeigen, dass die Frage danach, ob ein Jugendlicher noch zu halten ist, nicht mehr ausschliesslich über sein Verhalten entschieden wird, sondern sich an der Frage orientiert, was die Wohngruppe braucht, um sich mit einem Heranwachsenden, der aus guten Gründen dieses Verhalten zeigt, wieder selbstwirksam zu erleben. Falls Jugendliche nicht mehr tragbar sind, sollte dies als gemeinsames Scheitern aufgearbeitet und ein Übergang in eine andere Institution begleitet werden. Die Jugendlichen sollten nicht im Affekt über ein Time-out umplatziert werden, sondern die Möglichkeit haben, über die Erfahrung in der Institution ein Narrativ zu entwickeln und auch diesen Aufenthalt in einer sozialpädagogischen Institution in ihre Biographie einzuweben. Es kann nicht erwartet werden, dass dies mit jedem/r Heranwachsenden gelingt. Es sollte aber sichergestellt werden, dass es immer und mit jedem einer Institution anvertrauten Menschen ernsthaft versucht wird.

9.4 Was braucht es für eine gelingende Umsetzung von traumapädagogischen Konzepten?

Die Tatsache, dass derart häufig zu geringe Ressourcen als Hindernis für die Umsetzung von traumapädagogischen Konzepten berichtet werden, spricht einerseits dafür, dass gewisse Ressourcen benötigt werden, um diese Ideen und Konzepte ausreichend konsequent umzusetzen. Das Bundesamt für Justiz hat hier mit seinen Standards für die Subvention von Einrichtungen viele

Aspekte, die bezüglich der Strukturqualität von traumapädagogischen Einrichtungen verlangt werden, bereits berücksichtigt (365 Tage im Jahr besetzt, Fachkräfte, Einzelzimmer). Deswegen ist ein einfaches Fordern von mehr Ressourcen sicherlich zu kurz gegriffen. Die Ergebnisse des Modellversuches zeigen eindrücklich, dass auch mit den vorhandenen Ressourcen bereits viel umgesetzt und bewirkt werden kann. Die Haltung, sowie die Art und Weise wie den Kindern und Jugendlichen begegnet wird, ist vermutlich weniger von Ressourcen an der pädagogischen Frontlinie als von der emotionalen und fachlichen Versorgung der Fachkräfte sowie deren Fachwissen und Selbstwirksamkeit abhängig. Dies kann vermutlich auch über gute Weiterbildungen, gute Leitungsstrukturen und ein besonders effektives Ausnutzen des bereits vorhandenen Zeitfensters nicht unerheblich gesteigert werden. Dabei scheint aber sehr wichtig zu sein, dass ausreichend Ressourcen für qualitativ hochwertige Fallbesprechungen und Supervision der Mitarbeitenden vorgehalten werden können. Leider werden viele Fallbesprechungen nicht unbedingt so gestaltet, dass diese der Selbstwirksamkeit der Fachkräfte dienen. Hier ist es wichtig, ausreichend Zeit für die konkrete Ergebnissicherung einzubauen und sie sehr individuell auf die Bedürfnisse der Falleinbringenden zu konzentrieren (Schmid & Lang, 2015). Oft werden auch organisatorische Themen nicht sauber genug von Fallinhalten getrennt sowie wertvolle Zeitfenster für Fallbesprechungen nicht optimal genutzt (Schmid & Lang, 2015).

Ein hohes Mass an pädagogischer Qualität aus traumapädagogischer Perspektive kann dann sicher auch mit den vorhandenen Ressourcen auf den vom Bundesamt für Justiz anerkannten Wohngruppen erreicht werden, bzw. die pädagogische Qualität kann durch einen traumapädagogischen Prozess wie in diesem Modellversuch gezielt gesteigert werden. Die vorhandenen Zeitfenster für Supervision und Fallbesprechungen sowie die Phasen mit besonders intensiver Betreuung müssen hierfür sehr konsequent im Sinne von traumapädagogischen Konzepten genutzt werden. Diese können natürlich auch mit anderen Prozessen in der Einrichtung um diese Zeitfenster konkurrieren.

Dennoch zeigte sich, wie viele Fachkräfte und Wohngruppen anführten, dass zur Umsetzung der Traumapädagogik im Sinne des Modellversuches mehr Ressourcen benötigt werden und sie manche Dinge wegen ungenügender Ressourcen nicht wie gewünscht umsetzen konnten. Deshalb sollte an dieser Stelle nochmals viel genauer evaluiert werden, an welcher Stelle genau die zusätzlichen Ressourcen fehlen oder sinnvoll eingesetzt werden könnten. Es wurden folgende Dinge benannt:

1. Ressourcen, die zusätzlich für den Modellversuch und seine Begleitevaluation aufgewendet werden müssen.
2. Zeiten für Besprechung im Team zur Koordination der Umsetzung des Modellversuchs, dem Abgleich der Haltung und Aufgleisen von Konzeptänderungen.
3. Ungestörte Qualitätszeiten der Bezugspersonen um im Einzelkontakt Psychoedukation, Resilienzstunden und Biographiearbeit realisieren zu können.
4. Qualitätszeiten mit den Kindern und Jugendlichen auf der Gruppe zur Diskussion von Haltungen, Individualisierung von Regeln)
5. Zeiten für Fallbesprechung, Supervision und die Psychohygiene im Team.
6. Mehr Zeiten für die interdisziplinäre Kooperation.

Einige Belastungen sind bestimmt auch spezifisch auf den Modellversuch zurückzuführen und fallen sicherlich bei einer selbstbestimmteren Einführung im individuellen Tempo einer Institution nicht ganz so stark ins Gewicht. Zum Beispiel Termine für die Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzungstreffen mit anderen MV-Institutionen, Steuerungsgruppe und natürlich der immense, aber wichtige Aufwand, der im Rahmen eines Modellversuchs für die Evaluation betrieben werden muss. Vielleicht wurde auch die Forderung und das Bedürfnis nach dem Aufbau von interdisziplinären Kooperationen besonders präsent, da die traumapädagogischen Konzepte von Mitarbeitenden einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik vermittelt wurden, so dass traumapädagogische Konzepte sehr stark mit einer Zusammenarbeit mit kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken verknüpft werden, wobei eine gute Kooperation mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik immer ein wesentliches Qualitätsmerkmal traumapädagogischer Institutionen sein wird. Aber selbst wenn der erste Punkt wegfällt, bleiben noch fünf Punkte, die von Institutionen, die sich auf den traumapädagogischen Weg machen, bewältigt werden müssen.

Für die Umsetzung vieler Interventionen auf den Wohngruppen sind aber durchaus spezifische Ressourcen notwendig, insbesondere wenn diese verlässlich, konsequent und regelmässig erfolgen sollen. Besonders verlässliche Einzelkontakte sind im pädagogischen Alltag oft schwer zu realisieren, da diese in Regelwohngruppen in dieser Intensität nicht vorgesehen sind. Traumapädagogische Gruppenangebote und selbst der Abgleich der Haltungen im Team lassen sich oft leichter realisieren, da hierfür eingeplante Zeitfenster und Teamentwicklungstage genutzt werden können. Aber auch bei Gruppenangeboten für die Jugendlichen muss darauf geachtet werden, dass der Bogen nicht überspannt wird. Es ist nicht möglich, die gleichen Gefässe, die auf Regelgruppen einen Nutzen haben, ausschliesslich für traumapädagogische Interventionen zu nutzen, da man sonst andere wichtige Aspekte vernachlässigen könnte.

Die konsequente, wöchentliche Umsetzung von Resilienzstunden ist beispielsweise nur zu realisieren, wenn im Falle von Urlauben, Krankheiten und Krisensituationen immer auch eine ausreichende Abdeckung der pädagogischen Präsenz auf der Wohngruppe gewährleistet ist. Dies war eine der Sollbruchstellen, und es muss eingeräumt werden, dass es sehr schwer ist, im Regelbetrieb einmal pro Woche mit jedem Kind oder Jugendlichen zuverlässig ein festes Zeitfenster für Qualitätszeiten mit seiner Bezugsperson einzuplanen. Keine Institution konnte dies mit Bezugspersonen garantiert in den regulären Arbeitszeiten durchführen. Dass dies dennoch so gut gelang, war oft dem besonderen Engagement der Fachkräfte zu verdanken, die hierfür viele Überstunden in Kauf nahmen. Insbesondere in Phasen, in denen sie mit Personalnotstand oder Krisen konfrontiert wurden, diese anstanden bzw. zu verkraften waren, konnte die Frequenz aber trotz höchster Motivation nicht immer aufrechtgehalten werden.

Diese besonderen Zeiten mit einer Bezugsperson sind nicht nur wegen dem was in den Stunden passiert so wichtig, sondern weil sie indirekt auch die Anreize für Fehlverhalten reduzieren und wichtige Bedürfnisse der betreuten Kinder und Jugendlichen aufgreifen.

Gerade die personalintensiven, verlässlichen Qualitätszeiten können helfen, ungünstige Verstärkungsbedingungen zu durchbrechen. Häufig kann in der Gruppenpädagogik nur noch, auf Problemverhalten reagiert werden, dieses wird damit aber durch negative Aufmerksamkeit zwangsläufig und unbeabsichtigt positiv verstärkt. Das Problem ist, dass es im pädagogischen Alltag kaum möglich ist, den einzelnen Kindern spontan Aufmerksamkeit zu zeigen und Qualitätszeiten einzuschieben. Zudem gibt es eine Tendenz, die spontane Aufmerksamkeit eher nicht den Kindern zu geben, die einen mit ihrem Problemverhalten besonders beschäftigen, obwohl diese vielleicht das

grösste Bedürfnis nach positiver Beachtung hätten. Zur Unterbindung solcher Verstärkungsmuster und um sicherzustellen, dass auch Klienten, die ihre Bindungsbedürfnisse nicht anders als mit Problemverhalten zeigen können und das Team eher „nerven“, um genug Aufmerksamkeit und pädagogische Präsenz/Beziehung bekommen zu können, ist es wichtig, solche Einzelstunden konsequent anbieten zu können. Gerade durch die Sicherung von Aufmerksamkeit, unabhängig vom gezeigten Verhalten, sind diese Resilienzstunden eine wesentliche und sehr wirksame Komponente von traumapädagogischen Konzepten in der stationären Jugendhilfe. Sie helfen indirekt, negative Verhalten zu löschen, da das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit bereits erfüllt werden konnte (Lang et al., 2009; Schmid, 2012; Schmid & Fegert, 2015).

Vermutlich lässt sich daraus die Frage ableiten, ob es, abhängig von den Ressourcen, unterschiedliche Intensitätsgrade traumapädagogischer Konzepte gibt, ob es auch möglich wäre, Traumapädagogik ohne den Anspruch an individuelle Förderung der einzelnen Klienten in Resilienzstunden zu realisieren. Eine durchschnittliche Einrichtung wird bereits einen deutlichen Entwicklungsprozess hin zu einem traumapädagogischen Konzept machen, wenn diese „nur“ die Art und Weise ihrer Fallbesprechungen verändert und die Haltungsthemen regelmässig im Team diskutiert, auch wenn es aufgrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen im Alltag nicht möglich ist, eine regelmässige Stunde zur Einzelförderung zu realisieren. Letztlich ist es einfach wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass es nicht möglich ist, die gleiche Wirkung zu erwarten. Wenn etwas weggelassen und das Konzept nicht in seiner Reinform umgesetzt wird, kann dies nicht folgenlos sein.

Zusammenfassend könnte man schlussfolgern, dass es möglich ist traumapädagogische Konzepte auf Gruppen mit einer Regelausstattung einzuführen, wenn einige Schlüsselprozesse, insbesondere die Fallbesprechungen und Gruppenangebote, im Sinne von traumapädagogischen Prozessen umgebaut und effektiv genutzt werden. Es fällt auch auf, dass sich Institutionen, die über ein therapeutisches Angebot durch Liaisonpartner oder interne Therapeuten verfügten, leichter mit der Umsetzung taten, da Biographiearbeit und Psychoedukation oft dort realisiert werden konnten. Eine konsequente wöchentliche Einzelförderung lässt sich mit den vorhandenen Ressourcen kaum realisieren. Es ist schwierig auf diesen Teil der Traumapädagogik völlig zu verzichten, wenn die Bindungsbedürfnisse der Betreuten zuverlässig von vertrauten, verfügbaren und verlässlichen Bezugspersonen mit Freude erfüllt werden sollten und man von der traumapädagogischen Ansicht ausgeht, dass korrigierende Beziehung der entscheidende Wirkfaktor ist. Es braucht hierfür an dieser Stelle gezielt wirklich mehr Ressourcen und teilweise vermutlich auch Intensivgruppen.

Vielleicht kann diese Auswertung von traumapädagogischen Konzepten noch einmal sehr gute Hinweise dafür geben, wo zusätzliche Ressourcen sinnvoll eingesetzt werden können. Trägerschaften, der Kanton und der Bund könnten beim Ruf nach mehr Ressourcen diese daher sehr gezielt für die Optimierung bestimmter Schlüsselprozesse (z.B. Fallbesprechungen, therapeutische Gruppenarbeit, Implementierung von Liaisonangeboten) sprechen. Natürlich müssten die Einrichtungen den Mehraufwand und den Nutzen der Neugestaltung mancher Schlüsselprozesse dann sehr detailliert und spezifisch ausweisen. Aus einem unspezifischen Ruf nach mehr Ressourcen könnte alsdann der spezifische Wunsch nach Veränderungen von Schlüsselprozessen werden, der sich sicher auch in Zeiten von zunehmendem Kostendruck häufig gut und nachhaltig begründen lässt. Leichte Verschiebungen in den Dienstplänen haben es im Rahmen des Modellversuchs oft bereits ermöglicht, häufiger Resilienzstunden einrichten zu können, so dass es einerseits eine gewisse Flexibilität des Teams braucht und andererseits eine Offenheit der Kostenträger, diese Mehrleistung und höhere Qualität auch adäquat gegen zu finanzieren. Deutliche Qualitätssprünge lassen sich oft

schon mit kleinen Mitteln erreichen. Für grössere Institutionen würde es auch Sinn machen, einen Pool von zusätzlichen Springerstunden niederschwellig vorzuhalten, die dann abgerufen werden können, wenn Wohngruppen mit Krankheitsausfällen und Urlaubszeiten konfrontiert sind, um auch ganz gezielt Qualitätszeiten sicherstellen zu können. Auch die Zuweiser könnten die Verbreitung solcher offensichtlich wirkungsvoller Konzepte fördern, indem sie bei Jugendlichen mit entsprechenden Bedarfen derartige Qualitätsstunden oder spezifische Interventionen (Biographiearbeit, Psychoedukation, Förderung) zusätzlich finanzieren und evtl. sogar auch aktiv einfordern. Es wäre vermutlich doch ein anderer Ansatz für einen Hilfeprozess für eine/n Jugendlichen, der/die mehrere Abbrüche durchlebt hat, eine Einrichtung zu fragen, was sie braucht, um XY halten oder aufnehmen zu können, und dann einzelne Module zu verhandeln.

Es würde bei Jugendlichen mit sehr hohen Bedarfen und einem hohen Risiko für ein Scheitern der Massnahme sicher Sinn machen, von Beginn an zu überlegen, was die Massnahme haltefähiger machen könnte. Es wäre zum Beispiel möglich und langfristig kosteneffektiver, dem Team zusätzliche Weiterbildungen, Supervisionsstunden und einen Springer zu finanzieren, als für die Folgen eines negativen Verlaufs aufkommen zu müssen. Es wäre insbesondere bei den ersten Warnzeichen wichtig, rascher und unbürokratischer zu reagieren sowie **in aktuellen Krisensituationen niederschwellig zusätzliche Ressourcen aktivieren zu können**. Für ein hoch belastetes Team kann auch schon eine eigentlich kurze Wartezeit bis zu einer Standortbestimmung, in der darüber entschieden wird, ob diese oder/und jene Unterstützung von innen oder aussen dazukommen kann, sehr demotivierend wirken. Insbesondere dann, wenn das Team erfährt, dass die Anschlussmassnahmen, nachdem sie aufgegeben haben, ein Vielfaches der Kosten der von ihnen gewünschten Unterstützung betragen.

Es wäre gut, wenn hier ein **Prozess angestossen werden würde, dass Teams und Einrichtungen besser beschreiben, was sie brauchen, und Zuweiser besser formulieren, was sie zu bezahlen bereit sind**. Das traumpädagogische Konzept beinhaltet hier mit den Resilienzstunden und strukturierten Fallbesprechungen etwas, was durchaus auch isoliert für einzelne Fälle angeboten werden könnte, um diese zu halten. Die Wirkung solcher Interventionen ist oft erstaunlich, da die Teams merken, dass sie unterstützt werden und die KlientInnen registrieren, dass das Team und die Zuweiser sich besonders für ihren Verbleib einsetzen. Solche Sonderregelungen sind oft sehr erfolgreich, weshalb es verwundert, dass diese nicht stärker systematisiert werden.

In einem zweiten Schritt drängt sich deswegen in Anbetracht der Ressourcendiskussion die Frage auf, ob oder inwiefern traumapädagogische Intensivgruppen anzustreben sind, da es nur mit den notwendigen Ressourcen möglich ist, einige strukturelle Veränderungen im Sinne der optimalen Umsetzung von traumapädagogischen Konzepten zu realisieren. Aus lerntheoretischer Perspektive ist es wichtig, ausreichend personelle Ressourcen zu haben, um positives Verhalten adäquat verstärken und auf Problemverhalten möglichst unmittelbar mit der notwendigen pädagogischen Präsenz reagieren zu können. Das Personal sollte ausreichen, um schwierige Situation deeskalieren und mit den betroffenen Jugendlichen danach auch in einer Beziehung bleiben zu können.

9.5 Braucht es traumapädagogische Intensivgruppen? Braucht es Standards für diese Intensivgruppen?

Ob Intensivgruppen eine Lösung für das Problem der höchst belasteten traumatisierten Kinder und Jugendlichen mit mehreren gescheiterten stationären Hilfen in der Vorgeschichte sind, wurde schon im Rahmen des MAZ.-Abschlussberichtes diskutiert und mit einem klaren „JEIN“ beantwortet (Schmid et al., 2013).

Tabelle: Pro-Contra-Argumente traumapädagogische Intensivgruppen

Argumente für traumapädagogische Intensivgruppen	Argumente gegen traumapädagogische Intensivgruppen
Viele Kinder und Jugendliche haben einen höheren Bedarf, dem Regelgruppen nicht gerecht werden können.	Führt zu Versorgungsungerechtigkeit - die Zahl der traumabelasteten Kinder und Jugendlichen ist viel zu hoch.
Es könnten Kinder und Jugendliche betreut und psychotherapeutisch behandelt werden, die sowohl die kinder- und jugendpsychiatrischen als auch die Jugendhilfesysteme momentan überfordern.	„Systemsprenger“ wird es immer geben.
Notwendige Struktur- und Prozessqualität lässt sich nur auf Intensivgruppen realisieren.	Kostensteigerung.
Qualifizierung der Fachkräfte eher möglich / attraktive Arbeitsstelle.	Erhöht tendenziell Druck auf Regelgruppen - es wäre doch eigentlich wünschenswert, die sozialpädagogische Arbeit in Institutionen generell aufzuwerten.
Nur auf Intensivgruppen kann die Mitarbeiterversorgung und die Steigerung/Sicherung der Selbstwirksamkeit der sozialpädagogischen Fachkräfte strukturell garantiert und finanziert werden.	Viele Einrichtungen nutzen schon heute ihre Möglichkeiten zur Supervision/Psychohygiene nicht gänzlich aus. Sollte Massnahmen zur Sicherung der Psychohygiene als etwas sehr Individuelles nicht von den Einzelpersonen organisiert werden? Besteht nicht die Gefahr, dass diese, wenn sie institutionell und fachpolitisch organisiert und vorgegeben werden aus unterschiedlichen Gründen gar nicht genutzt werden?
Die strukturelle und qualitativ hochwertige Organisation der administrativen, fachlichen, emotionalen Unterstützung der Mitarbeitenden ist ein wesentlicher Bestandteil des traumapädagogischen Konzeptes. Die Tatsache, dass diese trotz ihrer grossen Bedeutung auf Regelgruppen oft nicht gut ausgeschöpft wird, belegt wie wichtig dieser Ansatz ist.	?

Argumente für traumapädagogische Intensivgruppen	Argumente gegen traumapädagogische Intensivgruppen
Nur als Intensivgruppen lassen sich kleine Gruppengrößen und eine Einzelförderung realisieren und wirtschaftlich führen.	Kleine Einheiten führen rasch zu sehr hohen Tagessätzen und Kosten pro Fall.
Nur kleine Gruppengrößen garantieren sicher günstige Verstärkungsbedingungen für prosoziales Verhalten. In kleineren Einheiten kann individueller auf die Bedürfnisse der Klienten eingegangen werden.	?
Kleine Gruppengrößen erleichtern die Schaffung von sicheren Orten, da die Zahl der Interaktionen zwischen den Kindern und Jugendlichen exponentiell ansteigt.	?
Hier kann Traumapädagogik in Reinform praktiziert und weiterentwickelt werden,	Sollte nicht eher die Breite der stationären Angebote weiterentwickelt werden?
Von solchen Intensivgruppen könnten wichtige Impulse für die Traumapädagogik ausgehen - die auch den Regelgruppen zu Gute kommen.	Warum sollten gerade traumapädagogische Gruppen besonders gefördert werden?
Traumapädagogische Wohngruppen verdienen eine besondere Förderung, weil fast alle fremdplatzierten Kinder, insbesondere jene mit vielen Abbrüchen eine Traumavorgeschichte haben und unter Traumafolgestörungen leiden!	?
Höhere Haltefähigkeit durch Struktur und Prozessqualität, aber auch durch das Selbstverständnis als Intensivgruppe.	Könnte Ausstossungstendenzen auf Regelgruppen befeuern.
Kooperationen und Strukturen im Bereich der Psychotherapie und der gezielten Einzelförderung können mit höchster Qualität aufgebaut werden.	Angebote könnten und sollten auch zusätzlich in Regelgruppen entsprechend aufgebaut werden - Förderstunden könnten fallbezogen finanziert werden - Psychotherapie ist eine Leistung die über die Krankenkassen finanziert werden muss.
Mehr betroffene Kinder und Jugendliche könnten mit einem sicheren Lebensort und in verlässlichen Kooperationen eine evidenzbasierte Traumtherapie erhalten.	?

Argumente für traumapädagogische Intensivgruppen	Argumente gegen traumapädagogische Intensivgruppen
<p>Durch klare Indikationsstellung und homogene Gruppen, die von einem gemeinsamen Konzept und einer ähnlichen Förderplanung ausgehen, können Synergien genutzt werden - traumapädagogische Intensivgruppen sind nicht nur intensiver sondern passgenauer.</p>	<p>Traumapädagogische Angebote unterscheiden sich zugegebenermassen durch die klaren Konzepte und Indikationsstellung von anderen Intensivgruppen - andererseits sind die Traumafolgen derart heterogen, dass auch auf traumapädagogischen Intensivgruppen sehr unterschiedliche Jugendliche betreut werden müssen.</p>
<p>Es gibt einen immensen überregionalen Bedarf an solchen Plätzen - es ist schwer Plätze für höchst belastete Kinder und Jugendliche haltetfähige Institutionen zu finden. Durch kantonale Bedarfsermittlungen werden die wenigen Fälle mit besonderen Bedarfen tendenziell vernachlässigt.</p>	<p>Machen nicht die Stärkung regionaler lebensweltorientierte Konzepte mehr Sinn als überregionale Spezialeinrichtungen - die Bedarfsermittlung und -Steuerung erfolgt primär auf kantonaler Ebene. Teilweise sind Heime in den einzelnen Kantonen momentan nicht ganz ausgelastet, weshalb ausserkantonale Platzierungen schwierig sind.</p>
<p>Es ist gegenüber den betreuenden Fachkräften sowie Kinder und Jugendlichen zynisch, sie in Strukturen zu platzieren, bei denen schon im Rahmen der Indikationsstellung feststeht, dass ein erhebliches Risiko des Scheiterns besteht.</p>	<p>Systemsprenger hat es immer gegeben und wird es auch weiterhin mit den besten traumapädagogischen Wohngruppen geben.</p>

Die Förderung der Selbstwirksamkeit der Fachkräfte kann einerseits durch strukturierte Fallbesprechungen im Sinne der Interaktionsanalyse sowie Leitungsstrukturen gefördert werden, welche gezielt an der administrativen, fachlichen und emotionalen Unterstützung der Fachkräfte ansetzen. Die Mitarbeitenden und Wohngruppen können über strukturierte Resilienzstunden/-tage für die Bedeutung der Psychohygiene sensibilisiert und diese kann im Arbeitsalltag integriert werden. Es gibt aber natürlich auch konzipierte und inzwischen auch evaluierte Programme zur Förderung der Selbstwirksamkeit und des Kohärenzerlebens (z.B. das HEDE Training (Franke & Witte, 2009). Mit solchen Gruppenangeboten oder Elementen daraus, könnten diese Fertigkeiten gezielt unterstützt werden. Für grössere Träger könnte es durchaus Sinn machen, gezielt Gruppen anzubieten, in denen solche Eigenschaften bzw. Fertigkeiten gezielt gefördert werden.

Von diesem Modellversuch sollte ebenfalls ein Zeichen ausgehen, dass es auch durch eine kluge Umverteilung von vorhandenen Ressourcen möglich ist, die Tragfähigkeit von Regelgruppen deutlich zu erhöhen. Vermutlich kann die Tragfähigkeit von Regelwohngruppen erhöht und die Belastung der Fachkräfte deutlich reduziert werden, wenn die Arbeit nach traumapädagogischen Konzepten konzipiert und auch soweit wie möglich mit den vorhandenen Ressourcen strukturiert wird. Die konzeptionelle Veränderung in diese Richtung ist ein nicht unerheblicher Aufwand, der sich lohnen wird und zeigt auch recht eindeutig auf, an welcher Stelle Ressourcen sinnvoll eingesetzt werden können. Vermutlich macht es sehr viel mehr Sinn, vor allem auch in eine gute und verlässliche „Versorgungsebene“ zu investieren und darauf zu achten, dass qualitativ hochwertige Fallbesprechungen verlässlich stattfinden und es einen engen Austausch mit der Leitungsebene gibt. Damit lassen sich in Regelwohngruppen bereits viele Veränderungen in Richtung eines traumapädagogischen Konzeptes, zumindest in den vom Bundesamt für Justiz anerkannten

Einrichtungen, mit einer ausreichenden Ausstattung an Fachkräften realisieren. Doch selbst bei allen Bemühungen sind Regelwohngruppen nicht so konzipiert, dass regelmässig ausreichend Ressourcen für eine traumapädagogische Einzelförderung vorhanden sind, damit positive Verstärkerbedingungen für erwünschtes Verhalten und eine unmittelbare Reaktion auf Problemverhalten garantiert werden kann. Deshalb ist der Ruf nach intensivpädagogischen stationären Angeboten auch aus traumapädagogischer Perspektive heraus wichtig. Eine traumapädagogische Intensivgruppe würde sich durch folgende Konzepte auszeichnen:

- Klarere traumapädagogische Konzeption und Haltung orientiert an den Standards. Strukturen, die Individualität, Transparenz und Partizipation fordern und fördern.
- Etablierte Ebene zur Stärkung der Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden - Leitungsstrukturen, die eine Versorgungskette ermöglichen.
- Strukturelle Voraussetzungen (Räumlichkeiten, Visualisierung von Abläufen, Dienstplänen etc.) (vgl. Wiesinger et al., 2009, 2013; Lang et al., 2013).
- Günstiger Personalschlüssel, der wöchentliche Einzelförderung und Resilienzstunden erlaubt.
- Eine adäquate Gruppengrösse (fünf bis max. sieben Klienten).
- Gut ausgebildetes Personal (Traumapädagogik (vgl. Schmid et al., 2010) plus im Idealfall weitere Qualifikationen wie CAS Arbeit mit psychisch auffälligen Jugendlichen, Start now, DBT, Transaktionsanalyse etc.).
- Funktionierende Schutzkonzepte und Beschwerdesysteme (vgl. Allroggen et al., 2016; Liebhardt, 2015; Fegert & Wolff, 2015).
- Sorgfältige Indikationsstellung, klare Konzepte für Aufnahme und Austritte.
- Standardisierte sozialpädagogische und psychologische Eingangsdiagnostik und Verlaufskontrolle sowie gemeinsame interdisziplinäre Interventionsplanung (Schmid et al., 2011; Schmid, 2016).
- Angebote zur traumapädagogischen Förderung durch Bezugspersonen oder übergeordnete Fachdienste im Alltag, Einzelstunden erlauben (Emotionsregulation, Sinnes- und Körperwahrnehmung, soziale Kompetenzen, Selbstwirksamkeit und andere Resilienzfaktoren) (Lang et al., 2009; Schmid, 2012).
- Möglichkeit, dass eine Bezugsperson aus dem Team (evtl. auch der Leitung oder aus dem therapeutischen Bereich) mit Klienten in sich wiederholenden Face to Face-Kontakten eine Psychoedukation oder Biographiearbeit durchführt (Lattschar & Wiemann, 2011; Ryan Walker, 1997).
- Belastbare und verlässliche Kooperation mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik, die niederschwellige Kriseninterventionen realisieren sowie eine niederschwellig traumasensible Abklärung und Triage in geeignete therapeutische Angebote vornehmen kann (vgl. Schmid, 2012, 2013).
- Kooperation mit evidenzbasierten traumatherapeutischen Angeboten (Kognitive VT, Narrative Exposure Therapie, EMDR) (Überblick bei Landolt & Hensel, 2012).

- Enge Zusammenarbeit mit schulischen und beruflichen Angeboten auf unterschiedlichen sozioemotionalen und akademischen Anforderungsniveaus, um sicherzustellen, dass kein/e Heranwachsende/r die Wohngruppe wegen des Verlusts der Tagesstruktur verlassen muss.
- Möglichkeiten, beziehungsorientierte sozialpädagogische „Auszeiten“ zu organisieren, falls der/die betreute Heranwachsende einmal mit der Gruppensituation überfordert ist. Eine Auszeit im traumpädagogischen Sinne bedeutet aber immer, dass diese freiwillig und transparent zusammen mit vertrauten Bezugspersonen erfolgt.

Zentraler Unterschied zwischen Intensivgruppen und Regelgruppen ist in der Regel gar nicht die wesentlich höhere absolute Ausstattung mit Personal, sondern der oft wesentlich bessere Personalschlüssel relativ zur Zahl der betreuten Kinder und Jugendlichen. Die Gruppengrösse ist sicher die Sollbruchstelle bei der Frage, ob eine traumapädagogische Einzelförderung mit allen Kindern verlässlich realisiert und „Sichere Orte“ gewährleistet sowie bei allfälligen Verletzungen rasch wieder rekonstruiert werden können. Bei acht Kindern und einer Netto-Resilienzstunde pro Woche lassen sich diese gar nicht mehr an jedem Wochentag realisieren, zumindest nicht mehr allein durch ein Zeitfenster, das durch eine geschickte Überlappung in den Dienstplänen entstehen kann.

Beim Risiko für Grenzverletzungen unter den Kindern und Jugendlichen spielt die Gruppengrösse eine noch grössere Rolle, wie ein kleines Rechenbeispiel zeigt:

Bei einer Gruppengrösse von sechs Kindern und Jugendlichen sollten 36, also 6 Mal 6 Interaktionen, zwischen den Jugendlichen beobachtet werden, bei acht Jugendlichen sind es schon 64, bei 10 Jugendlichen 100 Interaktionen.

Sowohl für die Gestaltung des sicheren Ortes als auch für die zuverlässige Einzelförderung ist eine geringe Gruppengrösse sehr förderlich, auch wenn dies natürlich der Faktor ist, der den Tagessatz am schnellsten extrem nach oben treibt - ob ich eine Gruppe mit 6 oder 8 Jugendlichen kalkuliere, macht bei einem Tagessatz eine Differenz von über 100 CHF. Aus vielen internationalen Untersuchungen aus Kindergärten ist bekannt, dass sich bei kleineren Gruppengrössen die Wahrscheinlichkeit für aus traumapädagogischer Perspektive heraus förderliches Beziehungsverhalten erhöht (Viernickel, 2015; Viernickel & Fuchs-Rechlin, 2015). So sind die Erzieher zugewandter, sanktionieren weniger, können die Bedürfnisse der Kinder besser erkennen und beschreiben, erklären mehr und sind bei Konflikten präsenter, haben mehr positive Interaktionen mit jedem Kind und die Kinder bauen intensivere Bindungen zu den sozialpädagogischen Fachkräften auf.

Neben der Gruppengrösse ist gerade aus einer traumpädagogischen Perspektive heraus noch eine im Vergleich zu Regelgruppen höhere Ausstattung im Bereich der Fachleitung zur Gewährleistung der Versorgung der Mitarbeitenden und/oder eine intensive Liaison mit kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Angeboten mit regelmässigen Fallbesprechungen im Sinne der Interaktionsanalyse zu gewährleisten. Ein wesentlicher Aspekt einer traumapädagogischen Gruppe ist, dass es Angebote der Psychoedukation und Biographiearbeit sowie gezielte Übungen zur Förderung von Resilienzfaktoren, Emotionsregulation und dem Aufbau von sozialen Kompetenzen und Selbstwirksamkeit sowie der Anleitung der Gruppenarbeiten gibt. Die Anleitung solcher Interventionen wird auch in traumpädagogischen Weiterbildungen vermittelt. Als Institution muss ich mich entscheiden, ob ich diese Interventionen von den Bezugspersonen oder gebündelt von einer Fachkraft durchführen lasse, die eine Stabsstelle oder eine Position in der Fachleitung hat. Der Vorteil einer Bündelung bei einer Person ist oft, dass es leichter ist einen klareren Rahmen abzustecken und

die Person in der Regel schneller eine Sicherheit mit den Interventionen entwickelt. Der Nachteil ist, dass vieles bei einer Person konzentriert und die Chance der Traumapädagogik, die Gruppenmitarbeiter hier einzubinden, nicht genutzt wird. Es wäre auch denkbar, dass Fachkräfte die traumapädagogische Förderung modulartig immer wieder anbieten, evtl. auch für Kinder ausserhalb der Wohngruppe (z.B., dass eine Fachkraft 80% auf einer Wohngruppe arbeitet und solche Interventionen mit den restlichen 20% anbietet). Natürlich können diese Interventionen auch im Rahmen der Psychotherapie eingesetzt werden. Dann muss aber gewährleistet sein, dass sichergestellt werden kann, dass die gleichen Fertigkeiten auch in den pädagogischen Alltag transferiert und dort gezielt gefördert werden können (Schmid, 2007, 2012).

Eine Aufstockung der Ressourcen oder eine geringere Gruppengrösse ist für Gruppen, die bewusst mit besonders schwer traumatisierten Jugendlichen intensiv arbeiten wollen, sinnvoll, weil ehrlicherweise festgehalten werden muss, dass die Teams, die diesen Prozess durchliefen, trotz aussergewöhnlich hoher Motivation und sehr guten äusseren Rahmenbedingungen (Prozessbegleitung, erfahrene Referenten, Prestige eines Modellversuchs) bei der Umsetzung der Konzepte phasenweise ihre Leistungsgrenze erreichten. Die teilnehmenden Wohngruppen bekamen zwar im Prozess nach und nach herausfordernderes Klientel zugewiesen, waren aber nach wie vor weit davon entfernt nur Jugendliche aufzunehmen, die einer traumapädagogischen Intensivbetreuung oder gar einer interdisziplinären Behandlung mit einer haltefähigen traumpädagogischen Betreuung bedürfen. Um einer grösseren Zahl dieser besonders belasteten Kinder und Jugendlichen mit spezifischen pädagogischen Bedürfnissen gerecht werden zu können, bedarf es ausreichend intensiver und qualitativ hochwertiger pädagogischer Angebote. Sicher stellt sich da die Frage der Konzentration von besonders belasteten Jugendlichen in manchen Einrichtungen vs. Verteilung in verschiedene Einrichtungen. Für manche Jugendliche mit ausgewiesenen Bedarfen macht eine Konzentration Sinn, da es dann leichter möglich ist, Strukturen und therapeutische Angebote passgenau auf diese Gruppe zuzuschneiden und die Fachkräfte entsprechend auszubilden (vgl. Schmid, 2013; Schmid et al., 2013). Als wichtige Merkmale der Prozess- und Strukturqualität sind hier sicher, neben dem oben eingeforderten günstigen Betreuungsschlüssel, an erster Stelle das Fachwissen, Erfahrung, belastbare Kooperationsbeziehungen und die persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten des Teams als Qualitätsmerkmal zu nennen. Eine traumapädagogische Intensivgruppe kann viel eher den Ausbildungsstand aller Fachkräfte gewährleisten, zumal die Arbeit auf so einer Intensivgruppe sicherlich auch besonders motivierte und kompetente sozialpädagogische Fachkräfte anzieht und schon allein das Label einer solchen Intensivgruppe zu einer höheren Tragefähigkeit beiträgt.

Für derartige Intensivgruppen spricht einfach, dass es immer wieder Systemsprenger gibt, welche offensichtlich in Regelstrukturen nicht ausreichend gut gehalten werden können, die Abbruch an Abbruch reihen und auf dem Verschiebebahnhof zwischen Psychiatrie, Forensik und verschiedenen sozialpädagogischen Institutionen landen. Es scheint eine sozialpädagogische und humanistische Notwendigkeit zu sein, auch für die höchst belasteten Kinder und Jugendlichen ausreichend intensive Betreuungsangebote in der Jugendhilfe vorzuhalten, da diese nicht aufgegeben oder in (kinder- und jugend-)psychiatrischen Krankenhäusern hospitalisiert werden können.

Für diese Jugendlichen braucht es auch nicht sehr viele Intensivgruppen. Die Zahl sollte aber ausreichen, um auch bei wenig Fluktuation zeitnahe Aufnahmen zu ermöglichen. Die Ergebnisse des Modellversuchs zeigen eindrücklich, wie ausgeprägt der Bedarf für intensivere pädagogische Angebote ist und wie viel mehr hochbelastete Zuweisungen die Modellinstitutionen bekamen. In der Praxis zeigt sich auch immer wieder, wie extrem schwierig es ist, nach Aufhalten in Durchgangs-

und Beobachtungsstationen oder stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen ausreichend tragfähige Anschlusslösungen zu finden.

Auch die hohe Zahl der Grenzverletzungen gegenüber Sozialpädagogen, die diese oft durch einzelne Heranwachsende erfahren, sprechen für intensivpädagogische Angebote, da dort vermutlich eher sichere Orte für alle Beteiligten gewährleistet werden könnte.

Als Argument gegen Intensivgruppen kann angeführt werden, dass das Problem mit der hohen Zahl an traumatisierten Jugendlichen und der Vielzahl von Heranwachsenden mit vielen akkumulierten Abbrüchen derart gross ist, dass dieses Problem mit einigen Intensivgruppen alleine nicht gelöst werden kann. Auch im Sinne der Versorgungsgerechtigkeit ist es ethisch nicht unproblematisch, wenn nur wenige besonders intensive Plätze vorgehalten werden und die Mehrzahl ähnlich belasteter Jugendliche in deutlich schlechter ausgestatteten Institutionen betreut werden muss. Eine Verbesserung in der Breite würde sehr viel mehr Betroffene erreichen. Das Vorhandensein von traumapädagogischen Intensivgruppen könnte auch dazu führen, dass sich die Tendenz, besonders belastete Jugendliche abzuschieben, unterstützt wird und sich „Regelwohngruppen“ aus der Verantwortung für besonders belastete Jugendliche nehmen, was dann noch mehr Beziehungskontinuität statt höhere Kontinuität mit sich bringen könnte. Die Gefahr, dass Regelwohngruppen Ausstossungstendenzen befeuern, wird sich bei einer vermutlich sehr überschaubaren Zahl von Intensivgruppen aber langfristig gar nicht stellen, da diese sicherlich eine sehr sorgfältige Indikationsprüfung durchführen und viel Wert auf eine traumapädagogische Haltung in der Hilfeplanung legen werden.

Verantwortungsvolle Intensivwohngruppen werden die Indikationen immer derart gut prüfen und ein Narrativ für einen Übertritt in eine Intensivgruppe erarbeiten wollen, so dass eine solche Intensivgruppe für einen impulsiven Übertritt mit Ausstossungstendenz vermutlich gar nicht so attraktiv ist. Sollte eine Wohngruppe eine Überforderung wahrnehmen und den Prozess auf einer Intensivwohngruppe begleiten, wäre das eine gute Indikation für eine solche Wohngruppe, was aber bedeuten würde, dass sie den Klienten noch so lange „halten“ bis ein guter Abschied und sicherer Übergang realisiert werden konnte. Vermutlich wird ein Grossteil der Zuweisungen aber aus kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken sowie Durchgangs- und Beobachtungsstationen kommen. Wahrscheinlich braucht es, um die Beziehungskontinuität in der stationären Jugendhilfe/Heimerziehung halten zu können, eine Doppelstrategie, die einerseits die niederschwellige Unterstützung von Regelwohngruppen in der Begleitung von hochbelasteten Jugendlichen ermöglicht und andererseits einige Intensivwohngruppen, die mit klarer Indikationsstellung Kinder und Jugendliche aufnehmen, die einen aussergewöhnlich hohen pädagogischen und psychotherapeutischen Bedarf haben. Ermutigend an diesem Modellversuch ist, dass traumapädagogische Konzepte sowohl in koedukativen als auch in Mädchen- und Jungenwohngruppen, sowie bei Kindern und Jugendlichen unterschiedlichen Alters umgesetzt werden konnten, was zeigt, dass es möglich ist, ein breites Angebot für Intensivgruppen mit spezifischen Indikationen für unterschiedliche Altersstufen und Geschlechtskonstellationen aufzubauen. Bei koedukativen Gruppen im Jugendalter muss bei sexuell traumatisierten KlientInnen immer bedacht werden, ob die KlientInnen ausreichend stabil für die tagtägliche Konfrontation mit dem anderen Geschlecht und dessen Sexualität sind und diese gut tolerieren können, ohne sich in ihrem Sicherheitsbedürfnis eingeschränkt zu fühlen. Die meisten traumapädagogischen Intensivgruppen sind zwar auch koedukativ, aber bewusst sehr altersheterogen gestaltet. Dies kann gerade auch im Umgang mit sexuellen Traumatisierungen hilfreich sein, da mit jüngeren und älteren

MitbewohnerInnen, mit denen man gemeinsam aufwächst, weniger bedrohliche Erfahrungen mit dem anderen Geschlecht möglich sind.

Nun soll hier aber nicht das Problem der Intensivgruppen generell, sondern in Bezug auf traumapädagogische Intensivgruppen diskutiert werden.

Im Bereich der Traumapädagogik sind solche Intensivgruppen vermutlich besonders sinnvoll. Einige Weiterentwicklungen der Traumapädagogik können nur in Intensivgruppen in Reinform umgesetzt und weiterentwickelt werden. Von solchen konzeptionellen Weiterentwicklungen in Intensivgruppen würden wichtige Impulse auf andere Institutionen, die auf Regelgruppen mit traumapädagogischen Konzepten arbeiten, ausgehen und die traumapädagogische Szene in der Schweiz könnte sich dadurch wesentlich schneller und qualitativ hochwertiger professionalisieren. Die Fachkräfte dort könnten rasch in Weiterbildungen integriert werden und diese Leuchtturminstitutionen hätten eine grössere Aussenwirkung, da schon zu befürchten ist, dass sich traumapädagogische Konzepte bei und mit einer Ausbreitung in die Breite verwässern sowie viele Haltungen und Interventionen im Alltag und den mangelnden Ressourcen verloren gehen. Deshalb plant der Fachverband Traumpädagogik nun auch eine Art Gütesiegel aufzulegen, welches die Einhaltung von gewissen traumapädagogischen Standards überprüft. Im Rahmen von Visiten und Workshops soll die Einhaltung von Mindeststandards, die aus den traumapädagogischen Standards abgeleitet wurden, überprüft und eine Auseinandersetzung mit Kindern/Jugendlichen, Mitarbeitenden und Leitung über traumapädagogische Haltungen in der Schlüsselprozesse angestossen und diese entsprechend ausgestaltet werden.

Vermutlich liessen sich in solchen Intensivgruppen am leichtesten langfristig auch eine interdisziplinäre Versorgung von hochbelasteten Kindern und Jugendlichen aufgleisen. Diese Intensivgruppen könnten sehr eng mit kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Kliniken zusammenarbeiten, welche neben Diagnostik auch stationäre Kriseninterventionen und vielleicht sogar Intervallbehandlungen anbieten könnten, was die Haltefähigkeit dieser Institutionen auch in Krisensituationen sehr erhöhen würde (Besier et al., 2009; Schmid, 2012, 2013).

In Kombination mit traumapädagogischen Intensivgruppen liessen sich auch viel eher evidenzbasierte traumatherapeutische Interventionen realisieren (Schmid, 2012; Schmid & Fegert, 2015). Es zeigt sich leider, dass diese viel zu selten realisiert werden und damit viel therapeutisches Potential verloren geht (Ganser et al., 2015). Auch wird die Verantwortung für die Traumaexposition oft zwischen ambulanten auf stationäre TherapeutInnen hin und hergeschoben, da die einen ihr ambulantes Setting als nicht tragfähig betrachten und die anderen die Dauer eines Klinikaufenthaltes als nicht ausreichend erachten. Erfreulicherweise entstehen nun im Erwachsenenbereich immer mehr Konzepte, die eine intensive stationäre Traumatherapie vorsehen und mit einem Fertigkeitentraining kombinieren (Dyer et al., 2009; Steil et al., 2010; Cloitre et al., 2013).

Eine tragfähige langfristige Platzierung würde hier in der ganzen Schweiz neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnen, könnte sicherlich das Leid vieler Betroffenen abmildern, eine positive Entwicklung anstossen und eine gesellschaftliche Teilhabe trotz intensiver therapeutischer Interventionen ermöglichen.

Die Frage, inwiefern solche Intensivgruppen entstehen und evaluiert werden, ist primär von den kantonalen Bedarfsplanungen abhängig. Solche Wohngruppen würden aber wahrscheinlich sehr viele ausserkantonale Zuweisungen generieren, und es wäre schon eine Überlegung, ob und inwiefern der Bund diese Entwicklung unterstützen könnte.

Eventuell wäre es eine Lösung, von Seiten des Bundesamtes für Justiz eine neue Institutionstypologie „traumapädagogisch/-therapeutische Einrichtung“ aufzulegen und dafür Standards zu definieren, welche den Kantonen und Trägerschaften einen solch mutigen Schritt erleichtern würden. Bei Einrichtungen mit berufsbildenden Massnahmen wäre, in Anbetracht der hohen Zahl von komplex traumatisierten Heranwachsenden, die früh eine IV-Rente beziehen, auch ein Beitrag des Bundesamtes für Sozialversicherung denkbar.

9.6 Sind traumapädagogische Konzepte ohne grosse Adaptionen auf unterschiedlichste Klientel, insbesondere mit strafrechtlichem Hintergrund, zu übertragen?

Insgesamt kann nach Durchführung des Modellversuchs festgestellt werden, dass es relativ wenig Adaptionen benötigt, um traumapädagogische Konzepte und Standards in unterschiedlichen sozialpädagogischen Settings der Heimerziehung umzusetzen. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass bewusst wenig rigide Vorgaben gegeben wurden. In den Schulungen wurden eher Grundlagen, Haltungen und Ideen vermittelt sowie in den Arbeitsgruppen dann bereits reflektiert, wie die Inhalte in den verschiedenen Arbeitsfeldern am besten umgesetzt werden könnten. Die leichtere Adaptation an unterschiedliche Arbeitsbedingungen und die Nutzung der spezifischen Stärken der Einrichtungen war einer der Gründe, warum auf eine wesentlich stärkere Manualisierung verzichtet wurde, was dadurch sehr gut gelang. Daraus resultierten natürlich auch Nachteile, weil dadurch die Umsetzung wesentlich stärker variierte und sich immer sehr stark am Prozess der Institution orientierte, was die Motivation hoch hielt und Wissen generierte. Unter Umständen wären aber bei klaren Vorgaben eine höhere Geschwindigkeit und Intensität bei der Umsetzung möglich gewesen. Dennoch kann festgehalten werden, dass die Kernprinzipien der Traumapädagogik, wie sie im Modellversuch umgesetzt worden sind, in sehr unterschiedlichen Settings zu realisieren und vermutlich auch ohne Probleme auf andere Bereiche der Heimerziehung oder andere psychosoziale Handlungsfelder zu übertragen sind. Um den Kern zu sichern, wäre es aber dennoch wichtig, diesen jeweils gut zu beschreiben und die Adaptionen festzuhalten und zu evaluieren.

9.7 Stellt Traumapädagogik andere Anforderungen an die Fachkräfte?

„Bekomme ein dickes Fell und bewahre Dir ein empfindsames Herz.“

Willy Brandt

Traumapädagogische Arbeit verlangt von den Fachkräften sicherlich eine viel grössere Bereitschaft, sich selbst als Person zu hinterfragen und weiterzuentwickeln (Wiesinger et al., 2014; Schmid et al., 2010; Schmid & Fegert, 2015). Sie fordert auch eine sehr grosse Neugier für die Motive und Beweggründe der Jugendlichen sowie eine Bereitschaft, sich mit den biographischen Belastungen, vor allem aber auch den Überlebensstrategien und Ressourcen seiner Klientel intensiver auseinanderzusetzen. Es braucht auch eine grössere Bereitschaft, seine emotionalen Reaktionen zu hinterfragen und eine gewisse Offenheit, diese mit dem Team zu teilen und der Interventionsplanung

zugänglich zu machen. Traumpädagogische Konzepte brauchen auch eine Bereitschaft auf Macht, die aus Hierarchien und Positionen erwächst, weitestgehend zu verzichten und darauf zu vertrauen, dass Klienten und Mitarbeitende einem die Macht in einer vertrauensvollen Beziehung freiwillig übertragen und sicher sind, dass sie andere mit ihren Argumenten und ihrem Auftreten überzeugen können.

Andersherum benötigt Traumapädagogik aber auch engagierte, mutige, starke und sehr präsente Sozialpädagogen. In einer traumapädagogischen Wohngruppe muss ein/e Mitarbeitende/r in der Lage sein, immer wieder in die Auseinandersetzung und Beziehung zu gehen sowie ein Streben nach der guten Auflösung von Konflikten haben. Sicherlich ist Humor auch ein wichtiges Instrument, schwierige Situationen manchmal deeskalieren zu können.

Eine mögliche Gefahr einer falsch verstandenen Traumapädagogik könnte sein, dass die sozialpädagogischen Fachkräfte Konflikte vermeiden und das Fehlverhalten zu verstehen, mit dem, es zu tolerieren, verwechseln. Traumapädagogik bedeutet in der Regel eine wesentlich intensivere Auseinandersetzung mit Fehlverhalten. Deeskalation bedeutet lediglich, dass der Zeitpunkt so gewählt wird, dass Fehlverhalten erst dann analysiert und diskutiert wird, wenn sich der/die Klient/in soweit beruhigt hat und er/sie sprachlichen Argumenten überhaupt wieder zugänglich ist. Es braucht also auch Menschen in der Pädagogik, die mutig sind, heftige Emotionen tolerieren und regulieren sowie eigene Kampf- und Fluchtimpulse unterdrücken können, und die emotional relativ stabil und mit sich selbst soweit im Reinen sind, so dass sie maladaptive Beziehungsangebote, Gegenübertragungsgefühle, persönliche Grenzverletzungen und Zuschreibungen gut einordnen und analysieren können.

Fachkräfte, die auf traumapädagogischen Wohngruppen arbeiten, müssen sich bereits gut kennen und/oder sie sollten sehr teamfähig und für Ressourcen und Psychohygiene zugänglich sein. Dies kann sicher durch eine gewisse Selbsterfahrung unterstützt werden. Seltsamerweise ist diese für sozialpädagogische Fachkräfte, im Vergleich zu therapeutischen Berufen, keine Voraussetzung, obwohl SozialpädagogInnen ebenso mit ihrer Persönlichkeit arbeiten müssen und oft noch viel unmittelbarer heftigen Gegenübertragungsgefühlen ausgesetzt sind. Deshalb ist es sicher hilfreich, wenn sich Fachkräfte im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildungen auch selbst erfahren haben. Vielleicht wäre es in Anbetracht der Tatsache, dass sich Selbstwirksamkeit und Kohärenzerleben in der epidemiologischen Untersuchung als wichtiger Schutzfaktor für die Entwicklung von Burnout, Sekundärtrauma-Symptomen und Arbeitsunzufriedenheit zeigte, auch eine Überlegung, genau diese Fertigkeiten mit den neuen Fachkräften zu entwickeln. Für die Prävention und Gesundheitsförderung wurde auf Basis der Salutogenese ein Manual zur Gesundheitsförderung entwickelt (Franke & Witte, 2009), welches zum Beispiel regional oder von grösseren Trägerschaften für Mitarbeitende im pädagogischen Bereich angeboten werden oder auch im Rahmen eines Selbsterfahrungsblocks in das Studium integriert werden könnte.

Traumapädagogische Fachkräfte sollten einfach spürbar viel Spass an ihrer Arbeit mit den Klienten haben. Bei der Personalauswahl macht es Sinn, sich auch nach Ressourcen der emotionalen Stabilisierung zu erkundigen. Sind die Anforderungen zu hoch, braucht es Super(wo-)man sicher nicht. Aber es ist durchaus wichtig, die Anforderungsprofile auch offensiv zu beschreiben und das Personal auch durch Aus- und Weiterbildung entsprechend zu entwickeln. Es ist doch sehr motivierend zu sehen, dass sich in den Interviews sogar einige sehr eindrückliche persönliche Prozesse durch die traumapädagogischen Weiterbildungen abbilden lassen.

9.8 In wie fern sollten traumapädagogische Konzepte in die Aus- und Weiterbildung von sozialpädagogischen Fachkräften und Sozialarbeitern integriert werden?

Die Erfahrungen aus dem Modellversuch zeigen einmal mehr, wie wichtig es ist, dass Fachkräfte Wissen über Psychotraumatologie haben, und daraus ableiten können, wie sich dieses belastende Beziehungsverhalten auf das Interaktionsverhalten im pädagogischen Alltag auswirkt. Deshalb steht es eigentlich ausser Frage, dass das Wissen vermehrt in die Ausbildung von sozialpädagogischen Fachkräften einfließen und bereits gelehrt werden sollte. Hier ist gerade einiges im Umbruch und es werden nun zumindest theoretische Grundlagen vermittelt.

Es geht somit einerseits um die Vermittlung von theoretischem Wissen, andererseits ist es aber logisch, dass das was in der Praxis entscheidend ist und die Haltungsentwicklung nicht allein über theoretisches Wissen vermittelt werden kann. Hier braucht es auch Möglichkeiten für emotionales Lernen, Praxiserfahrung und vor allem die Reflexion eigener herausfordernder Praxiserfahrungen, wie dies auch in den Schulungen des Modellversuchs realisiert wurde.

Vermutlich macht es aber folglich Sinn, den Praxis- und Selbsterfahrungsanteil in den psychosozialen Grundausbildungen wieder deutlich zu erhöhen (Schmid et al., 2010; Gahleitner et al., 2015). Vielleicht würde mit einer Erhöhung des Selbsterfahrungsanteils auch eine Aufwertung der Milieuthérapie einhergehen, da dies auch die persönliche Eignung für diesen Beruf und die damit verbundene Verantwortung noch besser berücksichtigt, was sich auch in einer adäquaten gesellschaftlichen Anerkennung dieser Tätigkeit niederschlagen sollte.

Schon aus ethischen Gründen ist es sinnvoll, die persönliche Belastung und Eignung nicht erst am Ende des Studiums zu prüfen, sondern von Beginn an. Studierende sollten möglichst früh ein Bild von der Freude, aber auch den Herausforderungen möglicher Berufsfelder bekommen. Um die Heimerziehung in der breiten Ausbildung adäquat zu verorten, wäre es wichtig, diese mit unterschiedlichen Inhalten und Praxisprojekten/-berichten präsenter zu halten. Vielleicht sollte man deshalb auf den höheren Fachschulen und auf den Fachhochschulen Vertiefungen speziell für die Arbeit im stationären Bereich anbieten.

Im Bereich der Aus- und Weiterbildung gibt es mit dem gemeinsamen Curriculum der DeGPT und BAG Traumapädagogik bzw. dem Fachverband Traumapädagogik Standards für die Ausbildung zum Traumpädagogen/Traumazentrierten Fachberater, die aber nicht so gut mit der Schweizer Bildungslandschaft harmonieren, weshalb es auch als NDK angeboten wird. Eventuell würde es auch Sinn machen, die Ausbildung als CAS-Kurs anzubieten, was aber mehr Theoriestunden bedeuten würde. Für die Etablierung der Ausbildung im deutschsprachigen Raum schien es anfangs wichtig zu sein, nicht zu viele konkurrierende Ausbildungen zu haben. Auch wenn ein CAS eine Aufwertung wäre, besteht doch eher die Gefahr, dass, wenn es zu viele verschiedene Abschlüsse gibt, auch weniger intensive Ausbildungen entstehen. Dennoch macht es Sinn, dass Bedürfnis nach Kreditpunkten und akademischen Abschlüssen, welches viele interessierte TeilnehmerInnen haben, aufzunehmen und eine Lösung dafür zu finden. Im Modellversuch wurden im Rahmen von Leitungsschulungen auch funktionsträgerspezifische Kompetenzen für die Schaffung günstiger Rahmenbedingungen sowie für das Abhalten von Fallbesprechungen, Mitarbeiter- und Einstellungsgesprächen vermittelt. Vermutlich würden viele Leitungskräfte, und solche, die es werden wollen, von einer solchen Weiterbildung profitieren. Deshalb könnte es sinnvoll sein,

zukünftig derartige spezifische Weiterbildungen auch für die Leitungs- und Versorgungsebene anzubieten.

Es ist sicherlich fraglich, inwiefern Weiterbildungsbedarf, der entsteht, allein mit Präsenzveranstaltungen abgedeckt werden kann, zumal die Präsenzveranstaltungen zwangsläufig recht kostenintensiv sind und sich jahrelange Ausbildungen mit Präsenzterminen oft nicht gut mit dem Schichtdienst vertragen. Gerade das Potential von Fachkräften in der Familienphase kann mit Weiterbildungen mit Präsenzveranstaltungen oft nicht abgerufen werden, da sich junge Familien, die im sozialpädagogischen Schichtdienst arbeiten, ungern noch mit weiteren Terminen, langen Anfahrtszeiten und zusätzlichen finanziellen Verpflichtungen belasten. Dies ist schade, da es wichtig wäre, gerade diese Fachkräfte über diese Lebensphase in der Heimerziehung zu halten. Deshalb hat der Weg des ECQAT-Projektes, traumapädagogische und therapeutische Inhalte auch via E-Learning zu vermitteln, viel Potential und wird auch sehr positiv evaluiert (www.ecqat.elearning-kinderschutz.de). Die Erfahrungen mit E-Learning im pädagogischen Feld und im Kinderschutz sind sehr ermutigend (Hoffmann et al., 2013; König et al., 2015).

Um die oben beschriebene, persönliche Weiterentwicklung zu unterstützen, wäre es sicherlich zu überdenken, ob nicht Blended-Learning-Kurse angeboten werden sollten, in denen sich Inhalte, die am PC gelernt werden, mit Präsenzveranstaltungen abwechseln und auch ein persönlicher und virtueller Austausch in einer festen Gruppe gepflegt wird. In diesen Präsenzveranstaltungen würde es dann auch Möglichkeiten geben, Selbsterfahrungsanteile und Praxisreflexionen einzubauen.

9.9 Traumapädagogik in der Heimerziehung: Anwendung auf andere Handlungsfelder innerhalb der Heimerziehung

Im Rahmen des Modellversuchs wurde Traumapädagogik auf möglichst viele unterschiedliche Facetten von vom Bundesamt für Justiz anerkannten Institutionen angewendet. Es wurden bewusst nur Institutionen ausgewählt, in denen die Heranwachsenden längerfristig platziert werden. Die Relevanz von traumapädagogischen Konzepten ist aber natürlich in anderen Handlungsfeldern der stationären Kinder- und Jugendhilfe fast noch höher. Zum Beispiel werden Säuglinge und kleine Kinder fast immer wegen akuten Kindeswohlgefährdungen und in der Mehrzahl mit einem Beschluss der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden untergebracht, so dass dort Traumatisierungen eine mindestens so bedeutsame Rolle wie im Jugendalter spielen. Die Tatsache, dass Kinder noch hilfloser und schutzbedürftiger sind und Fachkräfte mit ihnen tagtäglich auf einer körperlichen Ebene interagieren, verschärft die belastenden Gegenübertragungsgefühle und die psychischen Belastung der Fachkräfte noch. Gerade in dieser sensiblen Phase können traumasensible Beziehungsangebote und eine traumapädagogische Förderung aber vermutlich besonders viel bewirken, so dass dies eine hervorragende Begründung für eine Ausweitung von traumapädagogischen Konzepten auf den Kleinkindbereich darstellt. Auch bezüglich Fragen der Eltern- und Biographiearbeit stellen sich bei kleinen Kindern viele Fragen nach dem sicheren Ort in ganz besonderem Masse. Die fehlende sprachliche Ebene erschwert den Zugang zur Innenwelt der verletzten Kinderseelen noch zusätzlich.

Deshalb ist es sehr gut nachvollziehbar, dass sich Institutionen, die kleine Kinder betreuen, nach einer Adaptation für den Kinderbereich sehnen und nun zunehmend den Austausch mit traumapädagogischen Experten suchen.

Auch in den Beobachtungs- sowie offenen und geschlossenen Durchgangsstationen spielen Traumata wahrscheinlich eine noch bedeutsamere Rolle als in der Langzeitbetreuung, da oft besonders belastete Jugendliche zugewiesen werden, die in anderen Angeboten bereits gescheitert sind oder aktuell in derart schwierigen, hoch belasteten Lebenssituationen sind, dass sie schnell platziert werden müssen. Häufig zeigen sie auch die für komplex traumatisierte Menschen typische komplexe Symptomatik (Teicher & Samson, 2013, 2016; Schmid et al., 2010). In der Regel wurde gerade wegen der komplexen Symptomatik eine umfassende (interdisziplinäre) Abklärung in einer Durchgangs- oder Beobachtungsstation eingeleitet.

In diesen Settings sollte einerseits die Tatsache, dass der Aufenthalt zeitlich befristet ist und noch mehr einen Übergang darstellt als in anderen Formen der Heimerziehung, beachtet werden. Dies bedeutet, dass insbesondere der Vorbereitung der Entlassung und guten Überganges viel Aufmerksamkeit gewidmet werden muss. Die Vorbereitung auf die Entlassung sollte mit der Aufnahme beginnen. Entscheidend ist die Entwicklung eines Narrativs über den Aufenthalt sowie den pädagogischen und therapeutischen Bedarf im Anschluss des Beobachtungsaufenthaltes. Wegen der Kürze des Aufenthaltes erweitert sich das Verständnis vom sicheren Ort. Es geht dabei nicht nur um die Institution sondern vielmehr darum, sichere Übergänge zu gestalten, also auch den neuen Ort bereits soweit vorzubereiten, dass dieser gute Chancen hat, als langfristig sicherer Ort zu fungieren. Die Frage der sicheren Übergänge verfügt über viel traumapädagogisches Potential.

Für geschlossene Unterbringungen ist ein solches Narrativ, inklusive einer gemeinsamen Erklärung für die Notwendigkeit der geschlossenen Unterbringung, von besonderer Bedeutung. Es ist wichtig, dies immer wieder aufzugreifen und gute Gründe dafür aufzuzeigen, diese dann auch gemeinsam zu reflektieren und die Bedürfnisse dahinter zu erkennen. Dies ist möglich und ein wichtiger Schritt, um Zwangsmassnahmen erfolgreich in die Biographie einzubauen (Schmid et al., 2012; Schmid & Fegert, 2015). Auch falls im Rahmen der geschlossenen Unterbringung Zwang ausgeübt werden muss, macht es Sinn, diesen entsprechend nachzubearbeiten und die Beziehung wieder zu reparieren. Geschlossene Settings verführen dazu, Macht zu missbrauchen, weshalb es dort wichtig ist, traumapädagogische Haltungen besonders stark zu leben, d.h. sehr transparent bei Entscheidungen zu sein, Individualisierungen zuzulassen, wo immer möglich jemanden partizipieren zu lassen etc.

Ausserdem spielen wegen des Abklärungsauftrags und der Interdisziplinarität natürlich Fragen der traumapädagogischen Diagnostik und der Psychoedukation über die Ergebnisse und Befunde eine wichtige Rolle (Schmid et al., 2012; Gahleitner et al., 2012; Gahleitner & Weiss, 2016; Schmid, 2016). Die Ergebnisse sollten so vermittelt werden, dass sie die Selbstwahrnehmung und Selbstbemächtigung fördern sowie dem Heranwachsenden helfen, sich selbst und die guten Gründe für sein Verhalten besser zu verstehen (Schmid 2016, Gahleitner & Weiss, 2016).

Auch niederschwellige stationäre Angebote in der Jugendhilfe mit Notbetten oder Schlupfhäuser sind oft mit akut traumatisierten Jugendlichen konfrontiert. Die Mitarbeitenden müssen dort einerseits sehr schnell ein emotional engagiertes und verlässliches Beziehungsangebot machen können, andererseits aber auch respektieren, dass die Jugendlichen vielleicht im Anschluss wieder ein Leben auf der Strasse oder in einer anderen gefährdenden Umgebung wählen. Hier muss ganz spezifisch die Aufnahme und Entlassung ausgestaltet und überlegt werden, wie trotz der ständigen Veränderung der Gruppe der Heranwachsenden ein sicherer Ort für die Jugendlichen, die einige Wochen bleiben, entwickelt werden kann.

Je kürzer die Aufenthaltsdauer ist, desto wichtiger wird die Versorgung der Mitarbeitenden, da es sehr anstrengend ist, das emotionale Engagement immer wieder hochzufahren und die Klienten dann doch wieder ziehen zu lassen. Gerade in niederschweligen Angeboten muss man auch aushalten können, dass sie sich manchmal für andere Wege entscheiden als die, die das Helfersystem für ihre Zukunft vorgesehen hat.

Im Bereich der Schulheime zeigt sich im Rahmen des Modellversuchs, dass das Thema der Schule und bei den Lehrlingsheimen der Berufsausbildung sowie die spezifischen Herausforderungen im Bereich der Schule/Ausbildung etwas vernachlässigt wurden, da sich die Interventionen zwangsläufig auf die Wohngruppen konzentrieren mussten. Es wäre sicher gut, die spezifischen Bedürfnisse der Lehrkräfte, Ausbilder sowie die Schnittstelle zwischen Schulen/Betrieben und Wohngruppen noch spezifischer anzugehen und sich dort weiterzuentwickeln. Es sollte analysiert werden, was traumapädagogische Konzepte und Interventionen für Schulen bedeuten und dabei insbesondere aber auch die Kooperation zwischen Schulen bzw. anderen Angeboten zur Tagesstruktur und Wohngruppen betrachtet werden. Gerade an der Schnittstelle ist eine gleiche Falldefinition und Haltung oft von grosser Bedeutung und die Kooperation sollte ein sicherer Ort für die Klienten sowie die Fach- und Lehrkräfte sein. Das Thema Schule spielt natürlich auch für andere fremdplatzierte Kinder und Jugendliche ohne interne Schule und Pflegekinder oder verhaltensauffällige Kinder, die noch bei ihren Eltern leben können, eine bedeutsame Rolle. Deshalb ist die Schnittstelle zwischen Schule und Betreuungsangeboten sicher stärker zu beachten, zumal es hierzu bereits traumapädagogische Konzepte gibt (Jäckle, 2016; Möhrlein & Hoffart, 2014; Schmid, Opp & Fegert, 2013). Ein Verlust der Tagesstruktur gefährdet leider oft auch die Kontinuität der Fremdplatzierung, und die Schule stellt neben der Familie den wichtigsten Indikator für die gesellschaftliche Teilhabe dar. Es ist wichtig, auch im schulischen und beruflichen Bereich eine ausreichende Tragfähigkeit zu erreichen und Lehrkräfte im Umgang mit hochbelasteten und/oder traumatisierten Kindern zu unterstützen, zumal deren Anforderungen, auch durch die Inklusion und nun auch noch die Integration vieler Flüchtlingskinder, stetig steigen und das Schulsystem oft wenig systematische Unterstützungsmöglichkeiten wie Teamstrukturen und Supervision für Lehrer vorsieht.

9.10 Traumapädagogik in anderen psychosozialen Handlungsfeldern

Viele zentrale Haltungselemente und Konzepte in der Traumapädagogik sind in der stationären Jugendhilfe entwickelt worden. Insbesondere die Versorgung der Mitarbeitenden, die Förderung des Selbstverstehens durch Psychoedukation, die Schaffung von verlässlichen Strukturen sowie einige zentrale Haltungselemente (der gute Grund, der sichere Ort, Transparenz, Partizipation, Individualisierung etc.) lassen sich sehr wirkungsvoll auf fast alle psychosozialen Handlungsfelder, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, übertragen.

Auch in vielen anderen der unten aufgeführten psychosozialen Handlungsfelder werden die Fachkräfte in erheblichen Umfang mit traumatisierten Menschen konfrontiert. Die Interaktion zwischen Fachkräften und Klienten wird von den belastenden Beziehungserfahrungen beeinflusst, so dass die Notwendigkeit des Einsatzes von traumapädagogischen Konzepten daraus leicht begründet werden kann. Manche Handlungsfelder, wie zum Beispiel Frauenhäuser, implizieren von vornherein, dass diese Hilfen auf Menschen ausgerichtet sind, die im unmittelbaren Vorfeld potentiell traumatischen Lebensereignissen wie häuslicher Gewalt ausgesetzt waren. In anderen Handlungsfeldern belegen epidemiologische Studien, wie weit verbreitet traumatische Erlebnisse in

diesem Bereich sind (vgl. Tabelle „Traumapädagogik in anderen psychosozialen Handlungsfeldern“). Für jeden Einsatzbereich werden in der Tabelle die Möglichkeiten von traumapädagogischen Konzepten und Interventionen aufgeführt. Auf eine ausführliche Aufzählung und Ausführung des Einsatzes von traumapädagogischen Methoden in anderen psychosozialen Handlungsfeldern soll hier verzichtet werden. Diese können bei Interesse bei Schmid und Ziegenhain (2016) und Gahleitner et al. (2012) genauer studiert werden.

Tabelle: Traumapädagogik in anderen psychosozialen Handlungsfeldern

Psychosoziales Handlungsfeld	Prävalenz von traumatischen Lebenserfahrungen in % (Studie/n)	Unterstützung der Fachkräfte/Versorgungskette	Selbstwirksamkeit bei Interaktionen	Sensibilisierung für Traumafolgestörungen	Diagnostische Kompetenzen	Sichere Orte - Schutzkonzepte	Sichere Übergänge gestalten	Psychoedukation	Biographiearbeit	Spezifische Förderung von Fertigkeiten	Traumapädagogische Elternarbeit	Anderes, Spezifisches
Pflegekinderbereich	Verschiedene Studien zeigen, dass 69-91% der Pflegekinder traumatische Erlebnisse erfahren haben. ²²	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Rolle als Pflegeeltern reflektieren
Schule	Ca. 1/5 der Jugendlichen berichten von traumatischen Lebenserfahrungen. Kinder mit Entwicklungsverzögerungen haben ein höheres Risiko für körperliche Misshandlungen. ²³	X	X	X	X	X	X	X	-	-	-	Lernblockaden

²² Jaritz, Wiesinger & Schmid, 2008; Schmid et al., 2013; Pérez et al., 2011; Arnold, 2010

²³ Jones et al., 2012

Psychosoziales Handlungsfeld	Prävalenz von traumatischen Lebenserfahrungen in % (Studie/n)	Unterstützung der Fachkräfte/Versorgungskette	Selbstwirksamkeit bei Interaktionen	Sensibilisierung für Traumafolgestörungen	Diagnostische Kompetenzen	Sichere Ort - Schutzkonzepte	Sichere Übergänge gestalten	Psychoedukation	Biographiearbeit	Spezifische Förderung von Fertigkeiten	Traumapädagogische Elternarbeit	Anderes, Spezifisches
Frauenhäuser	11% der Frauen berichten von Gewalterlebnissen durch Partner. ²⁴ Verschiedene Studien zeigen, dass 75-90% der Kinder Gewalt zwischen den Eltern erlebt haben. ²⁵ 70% der Kinder von misshandelten Frauen wurden ebenfalls vom Täter misshandelt. ²⁶	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Verständnis für Dissoziation in Eltern-Kind-Interaktionen / Söhne werden Väter ähnlicher und brauchen Grenzen
Öffentliche Jugendhilfe	80% der fremdplatzierten Kinder und Jugendlichen berichten von traumatischen Ereignissen. ²⁷	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Traumasensible Inobhutnahme

²⁴ Müller, Schröttle, Glammeier & Oppenheimer, 2004

²⁵ Girzone, 2004; Goldbeck, 2011; Müller, Schröttle, Glammeier & Oppenheimer, 2004; Schröttle & Ansorge, 2008; Jaffee, Caspi, Moffitt, Belsky, & Silva, 2001

²⁶ Bowker et al., 1988

²⁷ Friedrich & Schmid, 2014

Psychosoziales Handlungsfeld	Prävalenz von traumatischen Lebenserfahrungen in % (Studie/n)	Unterstützung der Fachkräfte/Versorgungskette	Selbstwirksamkeit bei Interaktionen	Sensibilisierung für Traumafolgestörungen	Diagnostische Kompetenzen	Sichere Ort - Schutzkonzepte	Sichere Übergänge gestalten	Psychoedukation	Biographiearbeit	Spezifische Förderung von Fertigkeiten	Traumapädagogische Elternarbeit	Anderes, Spezifisches
Somatische Pflege	Schwere Unfälle sind oft traumatisch für die Opfer. ²⁸ Eltern schwer kranker Kinder weisen häufig Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung auf. ²⁹	X	X	-	X	-	X	-	-	X	X	
Altenpflege	Viele älteren Menschen sind durch Krieg, Vertreibung oder Verfolgung traumatisiert.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	Retraumatisierung von älteren Menschen, die als Kinder bereits in qualitativ unzureichenden Institutionen platziert waren.
Einsatzkräfte	Einsatzkräfte sind hohem Risiko für Traumatisierung ausgesetzt. ³⁰ Etwa 20% der Soldaten weisen psychische Belastungen auf. ³¹	X	X	X	X	-	-	X	-	-	-	

²⁸ Di Gallo, Barton, & Parry-Jones, 1997; Landolt, Vollrath, Gnehm & Sennhauser, 2009

²⁹ Kazak, Boeving, Alderfer, Hwang & Reilly, 2005; Woolf, Muscara, Anderson & McCarthy, 2015

³⁰ Krüsmann et al., 2006

³¹ Johnson & Thompson, 2008

Psychosoziales Handlungsfeld	Prävalenz von traumatischen Lebenserfahrungen in % (Studie/n)	Unterstützung der Fachkräfte/Versorgungskette	Selbstwirksamkeit bei Interaktionen	Sensibilisierung für Traumafolgestörungen	Diagnostische Kompetenzen	Sichere Ort - Schutzkonzepte	Sichere Übergänge gestalten	Psychoedukation	Biographiearbeit	Spezifische Förderung von Fertigkeiten	Traumapädagogische Elternarbeit	Anderes, Spezifisches
Drogenhilfe	15-41% der Drogenabhängigen leiden unter einer PTBS. ³²	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Kombination von Suchtbehandlung und Traumatherapie (Najavits, 2009) Selbsthilfegruppen Konzepte, die das Körpergefühl fördern.
Kinder- und jugendpsychiatrische Milieuthherapie	Studien zeigen, dass über 75% der Kinder und Jugendliche traumatische Ereignisse erlebt haben. ³³	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Traumaisensible Einleitung von Zwangsmassnahmen / Fallbesprechung vs. Visite
Behindertenhilfe	Jede dritte bis vierte Bewohnerin ist von sexualisierter Gewalt betroffen. ³⁴	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Adaptation von Materialien - Ausgrenzung als belastende Erfahrungen

³² Schäfer, Schulze & Stubenvoll, 2011

³³ Jaritz, Wiesinger & Schmid, 2008; Schmid et al., 2013

³⁴ Wawrok, Klein & Fegert, 1999

Psychosoziales Handlungsfeld	Prävalenz von traumatischen Lebenserfahrungen in % (Studie/n)	Unterstützung der Fachkräfte/Versorgungskette	Selbstwirksamkeit bei Interaktionen	Sensibilisierung für Traumafolgestörungen	Diagnostische Kompetenzen	Sichere Ort - Schutzkonzepte	Sichere Übergänge gestalten	Psychoedukation	Biographiearbeit	Spezifische Förderung von Fertigkeiten	Traumapädagogische Elternarbeit	Anderes, Spezifisches
Flüchtlingshilfe	Bis zu 80% der Flüchtlingskinder weisen Verhaltensauffälligkeiten auf. ³⁵ 41-60% der heranwachsenden Flüchtlinge leiden unter einer psychischen Erkrankung. ³⁶ 61-71% der Flüchtlinge leiden unter PTBS-Symptomen. ³⁷ 30% der ehrenamtlichen Helfer entwickeln psychische Symptome. Viele Sekundärtrauma-Symptome. ³⁸	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Konzept sequentielle Traumatisierung, Akkulturation und Identität zwischen den Kulturen

³⁵ Thomessen et al. 2013; Möhrle et al. 2016

³⁶ Jakobsen et al., 2014; Huemer et al., 2011; Witt et al., 2015

³⁷ Hodes et al. 2008

³⁸ Cardozo et al., 2012; Daniels, 2007; Ager et al., 2012; Schmid & Ziegenhain, 2016

Psychosoziales Handlungsfeld	Prävalenz von traumatischen Lebenserfahrungen in % (Studie/n)	Unterstützung der Fachkräfte/Versorgungskette	Selbstwirksamkeit bei Interaktionen	Sensibilisierung für Traumafolgestörungen	Diagnostische Kompetenzen	Sichere Ort - Schutzkonzepte	Sichere Übergänge gestalten	Psychoedukation	Biographiearbeit	Spezifische Förderung von Fertigkeiten	Traumapädagogische Elternarbeit	Anderes, Spezifisches
Strafvollzug und Forensik	Zwischen 50-95% der Gefängnisinsassen berichten über traumatische Erfahrungen. ³⁹ Insbesondere Jugendliche berichten sehr häufig über traumatische Erlebnisse im Strafvollzug. ⁴⁰	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Schutzkonzepte, Begutachtung und Gerichtsverfahren als sicherer Ort
Obdachlosenhilfe	90% der Obdachlosen berichten über traumatische Erfahrungen. ⁴¹ 50% der Wohnungslosen haben Fremdplatzierungen in ihrer Lebensgeschichte. ⁴²	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-	Sensibilisierung, sichere Orte

³⁹ Steinlin & Schmid, 2014

⁴⁰ Steinlin & Schmid, 2014; Plattner, Silvermann, Redlich, Carrion, Feucht, Friedrich & Steiner, 2003; Plattner et al., 2009

⁴¹ Pavao et al., 2013

⁴² Krausz et al., 2013

Neben der Frage, welche traumapädagogischen Handlungsfelder sich für traumapädagogische Methoden interessieren, beschäftigt die stationäre Jugendhilfe natürlich auch, wie mittels einer traumapädagogischen Haltung Synergien zu Feldern genutzt werden können, in denen sich die Bereiche eng überschneiden. Insbesondere in den Bereichen Schule, Flüchtlinge, Forensik und (Jugend-)Strafvollzug, häusliche Gewalt und der Rehabilitation von Drogenabhängigen gibt es viele Gemeinsamkeiten und Schnittstellen. Es wäre interessant gemeinsam zu erarbeiten, wie Heranwachsenden, die entweder beide psychosozialen Hilfesysteme beschäftigen, durch traumapädagogische Ideen effektiver und spezifischer geholfen werden kann. Insbesondere für Themen, die bei Klienten, die in der stationären Jugendhilfe betreut werden, häufig sind, beispielsweise Erfahrungen mit häuslicher Gewalt, Flucht oder Drogenkonsum, könnte ein regelmässiger Austausch zwischen Fachkräften aus den unterschiedlichen psychosozialen Handlungsfeldern (z.B. zwischen Fachkräften aus der Drogenberatung und aus der stationären Jugendhilfe) heraus viele Synergien auslösen, wenn jede Profession den Fall mit ihrer Fachlichkeit heraus unter traumapädagogischer Perspektive analysiert.

9.11 Inwiefern lassen sich die Erkenntnisse zu Change Management-Prozessen aus der Traumapädagogik auf andere Veränderungsprozesse in der Jugendhilfe übertragen?

Ein wesentlicher Aspekt dieses Modellversuchs war es, dass systematisch Erkenntnisse zu Change Management-Prozessen in der Jugendhilfe gesammelt sowie Gelingensfaktoren und Stolpersteine identifiziert werden, die vermutlich auch bei allen anderen grösseren und längeren Implementierungsprozessen in der Kinder- und Jugendhilfe gelten, von der Einführung neuer pädagogischer Interventionen, Diagnostik und Dokumentationsverfahren oder bei der Einführung einer neuen Software.

Es ist schon bedenkenswert zu sehen, wie belastend der Implementierungsprozess für die Fachkräfte war, obwohl mit der Traumapädagogik doch etwas implementiert wurde, was unmittelbar ihrer Versorgung und Unterstützung zu Gute kam. Dies zeigt noch einmal eindrücklich auf, wie anstrengend und herausfordernd der institutionelle Alltag ist und wie wenige Ressourcen für die konzeptionelle Weiterentwicklung vorhanden sind. Dank der Förderung und den zusätzlichen Ressourcen durch den Modellversuch konnten ausgewählte und besonders hoch motivierte Institutionen diese Entwicklung machen. Dennoch zeigte sich auch dort phasenweise eine sehr hohe Belastung mit Anstieg des Burnout-Risikos etc. Die hohe Belastung spricht sehr dafür, dass die Implementierung unter ungünstigeren Ausgangsbedingungen und ohne den leisen Druck des Modellversuchsteams von aussen, langsamer verlaufen und vielleicht in einigen Institutionen gar ganz zum Erliegen gekommen wäre. Deshalb sind Fördermittel wie die Modellversuche ein essentielles und probates Mittel, um Innovationen in der Jugendhilfe einzuführen und zu evaluieren. Ohne ein solches Fördermittel wäre es eine noch grössere Herausforderung neue Konzepte zu entwickeln und in der Praxis zu implementieren.

Es ist zu befürchten und, wenn man ehrlich ist, auch zu beobachten, dass sehr viele Projekte, die mit viel Motivation und Engagement starten, dann nicht erfolgreich zu Ende geführt werden und die Erwartungen oft nicht gänzlich erfüllen können.

Dabei schneiden Projekte in der Jugendhilfe nicht unbedingt schlechter ab als Projekte in der freien Wirtschaft. Eine deutschlandweite Untersuchung (Frigge, Houben, Trinczek & Pongratz, 2007) hat

ergeben, dass nur 21% der initiierten Projekte erfolgreich abgeschlossen werden. Über 79% bleiben deutlich hinter den Erwartungen zurück und 30% müssen als gänzlich gescheitert angesehen werden. Interessant ist, dass nur 20% der Mitarbeitenden das Projekt aktiv vorantreiben und 45% ihrer KollegInnen eher bremsen. Als Gründe für das Scheitern der Projekte geben die Mitarbeitenden aber am häufigsten ein unzureichendes Engagement der Leitung an. Neben unklaren Zielen wird oft noch genannt, dass die Leitungskräfte mit der Verunsicherung und dem Widerstand der Mitarbeitenden nicht umgehen konnten und die Kommunikation über das Projekt zu spät und intransparent war (Frigge, Houben, Trinczek & Pongratz, 2007; Doppler & Lauterburg, 2014).

a) *Belastungen antizipieren und abfedern*

Dies bedeutet einerseits, dass es wichtig ist diese Belastungen zu antizipieren und den Zeitpunkt für Implementierungsprozesse klug zu wählen, so dass diese nicht mit weiteren Belastungsfaktoren und möglichst wenig anderen institutionellen Projekten kollidieren. Falls möglich, sollten dem Projekt institutionelle Ressourcen gezielt zugeführt werden. D.h., es sollte analysiert werden, an welchen Stellen das Projekt Ressourcen braucht bzw. an welchen Stellen es im pädagogischen Alltag Lücken reisst. Evtl. ist es auch möglich, zusätzliche Ressourcen aus Rücklagen zu aktivieren oder diese als Projektförderung bei Stiftungen oder anderen Geldgebern zu beantragen. Dies unterstreicht auch nochmals die Bedeutung von Anschubfinanzierungen, wie zum Beispiel durch Modellversuche, stellen diese doch eine gute Möglichkeit dar, Innovationen in der Jugendhilfe voranzutreiben und zu evaluieren. Evtl. wäre es gut, noch niederschwelligere Fördermöglichkeiten zu entwickeln, indem auch einzelne Träger oder Wohngruppen um Unterstützung für die Umsetzung von neuen Ideen aus der Praxis nachsuchen können. Eine Möglichkeit, Innovationen oder Organisationsentwicklungsprojekte in der Praxis der Heimerziehung zu fördern, wäre es evtl. auch, bundesweite, kantonale oder regionale Innovationsfonds aufzulegen, in denen sich Einrichtungen um Unterstützung in Qualitätsentwicklungsprozessen mit Konzeptideen bewerben und entsprechende Eingaben mit Innovationsvorhaben machen können. Durch eine solche externe Unterstützung und gemeinsame Evaluation wäre es vielleicht einfacher, neue Konzepte zu implementieren und deren Erkenntnisgewinn auch anderen Einrichtungen zugänglich zu machen.

Es macht vermutlich Sinn, auch auf kantonaler Ebene Innovationsfonds einzurichten, die es sozialpädagogischen Einrichtungen erlauben, neue Konzepte niederschwelliger als mit einem Modellversuch zu implementieren. Entscheidend bei solchen Projekten ist aber, dass sie auf Nachhaltigkeit ausgelegt sind und auch nach einer Anschubfinanzierung im Regelsystem gegenfinanziert werden können.

b) *Funktionsträgerspezifischer Zugang*

Der funktionsträgerspezifische Zugang hat sich sehr bewährt (Kärcher et al., 2012; Schmid et al., 2014). Es macht sehr viel Sinn, die Rolle der Leitung in Veränderungskonzepten zu reflektieren und entsprechend auszugestalten. Die wahrgenommene Präsenz der Leitung in einem solchen Prozess ist ein wichtiger Erfolgsfaktor (Frigge et al., 2007). Die Leitung könnte einerseits dafür sorgen, die Strukturen zu verändern und sollte andererseits überlegen, welche Fertigkeiten sie braucht, um die Mitarbeitenden im Veränderungsprozess administrativ, fachlich und emotional gut unterstützen zu können. Im Zweifelsfall macht es Sinn, diese Dinge wie im Modellversuch zuerst zu reflektieren und sich diese Fähigkeiten und Fertigkeiten anzueignen, bzw. seine Rolle immer wieder gemeinsam mit

internen und externen Vertrauenspersonen zu reflektieren. Wahrscheinlich ist es auch sinnvoll zu analysieren, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten von der Leitung in einem solchen Veränderungsprozess gefordert werden, so dass diese dann auch gezielt erlernt werden können, um die Rolle im Veränderungsprozess auch ausfüllen zu können. Die Präsenz der Leitung und das Vorleben der Haltung, gerade auch bei Schwierigkeiten, wenn der Prozess stockt, sind dabei von entscheidender Bedeutung. Diese Veränderungsprozesse sind extrem von der Fachlichkeit und Präsenz der Leitung abhängig und müssen von ihr getragen werden. Deshalb ist es wichtig, dass diese ihre Verantwortung wahrnimmt und sich gegebenenfalls Unterstützung (Supervision, Coaching) holt, die sie für diese Aufgaben braucht.

c) *Der Veränderungsprozess als sicherer Ort*

Ein wichtiger Faktor ist, dass Veränderungsprozesse zwangsläufig Verunsicherung auslösen, Deshalb erscheint es ausserordentlich wichtig zu sein, die Sicherheits- und Kontrollbedürfnisse aller Beteiligten im Blick zu haben, den Veränderungsprozess für alle Beteiligten transparent zu gestalten und bei Schwierigkeiten primär zu überprüfen, was die Beteiligten verunsichern könnte. Wesentlich scheint es neben der Transparenz bei den Zielen und dem Vorgehen auch Sicherheit über die Kommunikationsgefässe zu haben, um zu gewährleisten, dass sich alle Beteiligten im Prozess und in der Institution so sicher fühlen, dass sie ihre Bedenken auch direkt an das Projektteam zurückmelden, diesem ein regelmässiges, offenes Feedback geben sowie Bedenken und Überlastungsanzeichen ohne Angst vor negativen Konsequenzen äussern können. Ein sicherer Ort bedeutet hier folglich eine offene Kommunikation über den Gesamtprozess, eintretende Schwierigkeiten sowie eine Festlegung sinnvoller und transparenter Kommunikationswege, um Unsicherheiten durch Gerüchte etc. vorzubeugen und zuvorzukommen. Sicherer Ort bedeutet bei Implementierungsprozessen von neuen Konzepten auch die Erlaubnis, neue Dinge auszuprobieren und Fehler machen zu dürfen, und fördert die Kreativität der Beteiligten. Im Rahmen eines sicheren Ortes sollten die menschlichen Beziehungsbedürfnisse bestmöglich adressiert werden, da sonst Widerstand entstehen kann und wird. Dies zeigt auch, dass die Frage der Organisationskultur, der Kommunikation in einem Unternehmen/einer Institution und der Feedback- und Fehlerkultur (Fichtner, 2009; Behrends, 2001) sehr eng mit der Fähigkeit, sich als Organisation weiterzuentwickeln und sich den Bedingungen, die von aussen an eine Institution gestellt werden, anzupassen. Schweitzer und Mitautoren (Schweitzer, Nikolai & Hirschenberger, 2005) zeigen ebenfalls eindrücklich auf, dass die Sicherheit und Klarheit der Kommunikation im System der Institution eine wichtige Voraussetzung ist, um Input von aussen gut nutzen zu können.

9.11.1 Traumapädagogischer Umgang mit Widerstand

Letztlich kann man anhand des traumapädagogischen Umgangs mit Problemverhalten sehr viel für den Umgang mit Widerstand im Rahmen von Change Management-Prozessen lernen. In der Regel treten Widerstände immer dann auf, wenn Beziehungsbedürfnisse der Menschen verletzt sind. Bei Veränderungsprozessen macht es, ähnlich wie bei traumapädagogischem Problemverhalten Sinn, sich an den vier grundlegenden Beziehungsbedürfnissen von Grawe (1998, 2000, 2007; Stucki & Grawe, 2007) zu orientieren und zu analysieren, welche Bedürfnisse im Veränderungsprozess nicht adäquat adressiert oder vernachlässigt werden. Bei der Planung eines Change Management-Prozesses macht es daher Sinn, die Bedeutung der Grundbedürfnisse adäquat zu berücksichtigen:

- **Bedürfnis nach Autonomie und Kontrolle:** Wissen alle Beteiligten, warum der Veränderungsprozess eingeleitet wurde? Sind die Ziele transparent? Ist die Partizipation der Mitarbeitenden bei der Zieldefinition und der Prozessplanung sichergestellt? Sind alle darüber informiert, welche Schritte notwendig sind und wie deren Ausführung geplant wurde? Verstehen alle, was von ihnen erwartet wird und was sie zum Erfolg des Projektes beitragen können? Konnte mit den Beteiligten gemeinsam entwickelt werden, was der Sinn und Nutzen der Veränderungsprozesse für die Institution, die Basis ihrer Arbeit und sie ganz persönlich sind?
- **Bedürfnis nach Bindung:** Wie kann die Leitung verlässlich, die notwendige Präsenz im Veränderungsprozess zeigen? Wie kann das Bindungsbedürfnis sonst adressiert werden? Gibt es ausreichend administrative, fachliche und emotionale Unterstützung für die Mitarbeitenden im Veränderungsprozess? Wie kann diese sichergestellt werden? Wohin können und sollen sich die Mitarbeitenden mit ihren Sorgen und Zweifeln wenden? Wie können sich die Mitarbeitenden im dem Prozess gegenseitig unterstützen?
- **Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz:** Welche Bedeutung hat der Veränderungsprozess für den Selbstwert der Mitarbeitenden? Gibt es im Veränderungsprozess vermeintliche Verlierer? Wie kann deren Verlust kompensiert werden? Wird das was sich bewährt hat und in der Vergangenheit wichtig war, im Veränderungsprozess ausreichend wertgeschätzt? Werden das Engagement und die Fortschritte im Veränderungsprozess ausreichend wertgeschätzt und gelobt? Was ist die selbstwerterhöhende Vision hinter dem Veränderungsprozess - Wir sind die erste Einrichtung, die...?

Inwiefern profitieren die einzelnen Mitarbeitenden vom Mehraufwand für ihren Selbstwert, ihr Selbstbild und ihre berufliche Perspektive? Wie werden Misserfolge und Stagnationen aufgefangen und versorgt?
- **Lustgewinn und Unlustvermeidung:** Wie kann das Projekt so organisiert werden, dass es allen Beteiligten Spass und Lust auf die Auseinandersetzung mit dem Thema macht? Wechseln sie Arbeitsweisen? Wie kann Spass und Neugier in die Auseinandersetzung mit dem Thema einfließen und erhalten werden? Macht es Sinn bei der Auseinandersetzung, die Methoden zu verändern? Kann man die Mehrarbeit mit angenehmen Aktivitäten verbinden, z.B. einen Teamausflug in Best Practice Einrichtungen organisieren? Ist die Umgebung, Verpflegung und Arbeitsatmosphäre angenehm? Teilweise kann es Sinn machen, solche Prozesse in eine Klausuratmosphäre zu verlegen sowie in qualitativ gute fachliche Inputs und unterhaltsame Referenten zu investieren, um die Präsentation der oft schweren Themen eher kurzweilig und interessant zu halten. Theoretische Inputs sollten sich mit der Möglichkeit des Austauschs und des emotionalen Lernens abwechseln?

Wenn Widerstände und Hindernisse im Veränderungsprozess zu antizipieren sind/sichtbar werden, sind oft wichtige Beziehungsbedürfnisse nicht mehr erfüllt, deshalb ist sinnvoll zu analysieren, welche das sind und welche guten Gründe die Erfüllung dieser Bedürfnisse gefährden. Dies kann in kleinen Gruppen oder auch in individuellen Mitarbeitergesprächen geschehen. Wie kann das Bedürfnis im Veränderungsprozess besser adressiert werden? Gerade das Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle wird oft vernachlässigt, obwohl Veränderungsprozesse in Institutionen diese natürlich zwangsläufig stark tangieren, insbesondere wenn die Veränderungsprozesse auch eine Reaktion auf wirtschaftliche Problemlagen, Belegungsengpässe und Fachkräftemangel sind sowie auch eine Bedrohung für die Arbeitsverhältnisse/-situation der Fachkräfte darstellt. Es scheint sehr wichtig zu

sein, dieses Sicherheitsgefühl zu adressieren und mit einem Beziehungsangebot zu verbinden, sowie ausreichend Zeit zu geben, um den Prozessbeteiligten immer die Möglichkeit zu geben, allfällige Fragen zu stellen. Die allfällige Verunsicherung sollte auch direkt abgefragt und gegebenenfalls soweit wie möglich ausgeräumt werden. Ein anderes Problem bei Veränderungsprozessen kann sein, dass Prozesse verändert werden, in die Mitarbeitende viel Engagement, Energie und Herzblut gesteckt haben und für ihren beruflichen Selbstwert von nicht unerheblicher Bedeutung sind. Dies soll nun kritisch hinterfragt und verändert werden, weshalb es nicht verwunderlich ist, dass viele Mitarbeitende daran festhalten wollen und an diesen Konzepten hängen. Es sollte versucht werden, diese Leistungen wertzuschätzen und/oder diese Personen sollten sehr genau über die guten Gründe informiert werden. Für gewöhnlich sind in alten Konzepten viele Ressourcen, und es kann versucht werden, diese Expertise in die Entwicklung von etwas Neuem einzubauen.

Entscheidend ist die Haltung, dass jeder Widerstand und jede Verzögerung seinen guten Grund hat, der adressiert und „versorgt“ werden muss, wenn das Projekt erfolgreich realisiert werden soll. Mit dieser Haltung kommt es weniger zu Konflikten und abwartendem Ausharren/Sitzen sondern, wie in der Traumapädagogik, eher zu einem Suchen und Verstehen, was die Umsetzung im Moment erschwert, in der Regel aber Widerstand reduziert und Energien freisetzt. Dies bedeutet aber eben, wie in der Traumapädagogik auch, eine höhere emotionale Präsenz der Projektverantwortlichen und der Leitung, die sich aber auszahlt, wenn dadurch weniger Projekte scheitern und wichtige Projekte effizienter und effektiver erfolgreich realisiert werden können.

9.11.2 Kompakte Wissensvermittlung und inner- und ausserinstitutionelle Prozessbegleitung

Die Kombination aus standardisierter Theorievermittlung und einer Prozessbegleitung hat sich bewährt. Vermutlich macht es Sinn, eine institutionsinterne Prozessbegleitung zu definieren und dort eine kleine, schlagkräftige Arbeitsgruppe zusammenzustellen, sich aber auch von Extern Prozessbegleitungen mit festen Terminen dazu zu holen, um dadurch zu gewährleisten, dass die Prozesse im Alltag nicht untergehen. Der Vermittlung von Wissen für alle Beteiligten kommt eine sehr grosse Bedeutung zu, da in der Wissensvermittlung die Motivation für den ganzen Prozess generiert wird. Deshalb sollte diese gut vorbereitet und insbesondere bei den Veranstaltungen auch Zeit für die Entwicklung einer gemeinsamen Vision eingeplant werden.

9.11.3 Umgang mit Personalfluktuat

Personalfluktuat wird sich bei längeren Projekten kaum verhindern lassen und der Veränderungsprozess muss gegen diese daher so weit möglich abgesichert werden. Deshalb sollte die Veränderung von Schlüsselprozessen und nicht die reine Weiterbildung der Mitarbeitenden in den Mittelpunkt des Veränderungsprozesses gestellt werden. Die Qualifikation der Mitarbeitenden sollte nur ein Mittel dafür sein, Schlüsselprozesse neu zu definieren und qualitativ zu verbessern. Die Übertragung von Verantwortung in einem Veränderungsprozess trägt auch dazu bei, dass sich Mitarbeitende mit ihrem Arbeitgeber identifizieren und mit ihrer beruflichen Perspektive und Rolle im Veränderungsprozess auseinandersetzen. Deshalb ist es sinnvoll, kleine Arbeitsgruppen zu implementieren, die den Veränderungsprozess vorantreiben. Durch die Bildung von kleinen, schlagkräftigen Arbeitsgruppen und einer guten Dokumentation kann der Verlust von einzelnen

Mitarbeitenden zur Not auch kompensiert werden, da nicht alles Wissen bei einer Person kumuliert wurde. Wenn es zu Wechseln kommt, sollten neue Mitarbeitende in strukturierter Art und Weise schnell auf den aktuellen Wissensstand gebracht und in ihre Rolle in diesen Prozessen eingeführt werden. Eventuell macht es Sinn, es ihnen zu ermöglichen, schnell auf einen gleichen Wissenstand zu kommen, indem die Mitarbeitenden an externe Weiterbildungen schickt werden oder das Wissen strukturiert selbst vermittelt wird und ihnen die zeitlichen Ressourcen gegeben werden, sich mit Materialien, Texten etc. auseinanderzusetzen. Dabei sollte aber beachtet werden, dass neue MitarbeiterInnen beim Antreten einer neuen Stelle unglaublich viele Informationen verarbeiten müssen. Deshalb ist es wichtig, dieses als Ziel früh anzusprechen, ihnen aber auch die Sicherheit und Möglichkeit zu geben, dies in ausreichender Tiefe realisieren zu können. Der Prozess wird an Energie und Innovationskraft verlieren, wenn viele neue, oft hochmotivierte Mitarbeitende ohne ausreichende Vorinformation über die Abläufe in der Einrichtung und die Projektziele anfangen.

9.11.4 Implementierungsteams und Definition von Schlüsselprozessen

Wahrscheinlich macht es bei jedem innovativen Veränderungsprozess viel Sinn zu reflektieren, welche institutionellen Schlüsselprozesse davon vor allem betroffen sind, die Veränderungen dieser Schlüsselprozesse als Ziel zu beschreiben und darauf zu fokussieren. Hier könnten sich unterschiedliche Arbeitsgruppen bilden, die verschiedene Schlüsselprozesse der Wohngruppe, zum Beispiel zur Förderplanung, Aufnahme, Zusammenarbeit von Schule/Beruf, unter den Aspekten der Innovation anschauen und entsprechende Vorschläge erarbeiten. Der Vorteil der Fokussierung auf Schlüsselprozesse ist die grössere Unabhängigkeit von einzelnen Menschen und der kontinuierliche Abgleich mit der institutionellen Realität.

10 Empfehlungen für Einrichtungen, die sich auf den traumapädagogischen Weg machen

Statt eines abstrakten Schlusswortes ist es vielleicht sinnvoller, Empfehlungen für die Institutionen aus den Erkenntnissen zu den Change Management-Prozessen und den Interviews mit den Fach- und Leitungskräften, die sich mit traumapädagogischen Konzepten auseinandersetzen wollen, auszusprechen. Diese Hinweise bzw. konkrete Vorschläge sollen es ermöglichen, die Konzepte möglichst effizient und effektiv umzusetzen sowie dabei helfen, eine entsprechende Haltung zu entwickeln. Diese Empfehlungen sollen lediglich eine Orientierung sein, denn es ist kaum realistisch, sie alle konstant einzuhalten. Es ist aber sinnvoll, auf deren Basis den geplanten Prozess zu reflektieren und sie sich bei Hindernissen in der Umsetzung nochmals in Erinnerung zu rufen. Die Empfehlungen sollen nicht abschrecken, sondern eher dazu motivieren, den Prozess mit der nötigen Sorgfalt anzugehen, so dass der Prozess mit Spass und Freude umgesetzt werden kann und sich die Investition für die Institutionen lohnt. Die Empfehlungen sind sicher nicht vollständig und können vielfältig ergänzt werden, diese sind aber eine Essenz dieses Modellversuchs und der beobachteten und evaluierten Implementierungsprozesse in ganz unterschiedlichen Institutionen.

Folgende Überlegungen sollten von Institutionen beachtet werden

- Antizipieren Sie die Belastungen und federn Sie weitestgehend ab. Analysieren Sie im Vorfeld, wo gegebenenfalls Ressourcen fehlen und überlegen Sie, wie sie diese kompensieren oder gegebenenfalls organisieren und beantragen können. Eine frühzeitige gezielte Investition wird sich auszahlen und Rendite abwerfen - das notdürftige Stopfen von Löchern tut dies eher selten.
- Den Prozess von Beginn an sehr transparent, partizipativ und sicher aufbauen - „sicherer Ort“ für den Prozess für Mitarbeitende und Leitungsebene. Nehmen Sie sich am Anfang Zeit, Visionen und Ziele für den Prozess festzulegen. Arbeiten Sie mit Bildern und Emotionen, die Sie mit dem Ziel verbinden.
- Investieren Sie viel in das Entwickeln einer gemeinsamen Haltung, Spass und das Fallverständnis.
- Es macht Sinn, den Prozess funktionsträgerspezifisch zu analysieren und entsprechend zu gestalten - welche Rolle sollen die unterschiedlichen Funktionsträger darin haben und was brauchen Sie, um Ihr Team zu unterstützen und verlässliche Strukturen aufzubauen.
- Die Leitung sollte realistisch einschätzen, wieviel Zeit sie investieren kann, Aufgaben klar delegieren, dies auch an alle kommunizieren sowie Termine frühzeitig fixieren und sehr konsequent wahrnehmen (das unzureichende Engagement der Leitung wird von Mitarbeitenden oft als Grund für das Scheitern genannt, obwohl die Leitung das selbst nicht so erlebt s.o.).
- Der Aufbau aus konzentrierten funktionsträgerspezifischen Schulungen und festen Terminen mit externen Prozessbegleitungen hat sich bewährt und ist zu empfehlen.
- Lassen Sie Ihre Mitarbeitenden von kompetenten ReferentInnen schulen, die einerseits über didaktische Fähigkeiten und Wissen in der Traumapädagogik verfügen, sowie andererseits die Prozesse in der Heimerziehung gut kennen und hierfür spezifische Tools vermitteln können. Im Idealfall bieten die ReferentInnen auch eine Prozessbegleitung an, so dass Inhalte gegebenenfalls nochmals vertieft und auf Ihre Situation angepasst werden können.
- In der Regel macht es Sinn, im Rahmen der Weiterqualifikation auf Leistungsebene zu analysieren, was dies für institutionelle Strukturen und Prozesse bedeutet. Evtl. macht es Sinn, für das Kader noch separate Weiterbildungstermine und Retraiten zu planen und zu organisieren.
- Sinnvoll ist es auch, institutionsintern eine Steuerungsgruppe mit Prozessverantwortlichen zu bestimmen, die den Auftrag haben, die Haltung zu überwachen und darauf zu achten, dass der Prozess im Alltag nicht vergessen wird. Eventuell wäre es wichtig, wenn diese Projektverantwortlichen bereits über traumapädagogische Vorerfahrung verfügen und/oder bereits eine Weiterbildung absolviert haben.
- Klausurtag und zusätzliche Besprechungen einplanen. Wertvolle Teamzeiten etc. langfristig und zusätzlich einplanen - sowieso schon überlastete Besprechungszeitfenster nicht noch zusätzlich mit diesen traumapädagogischen Prozessen belasten.
- Schlüsselprozesse sollten bereits von der Leitung und vom Team gut analysiert und beschrieben sein, um diese dann gezielt traumapädagogisch ausrichten zu können - die dafür (gegebenenfalls zusätzlich) benötigten Ressourcen möglichst von Beginn an vorhalten.
- Versorgungsebene rechtzeitig aufbauen und mit ausreichend Ressourcen an der Schnittstelle zu den Teams einplanen.

- Frühzeitig Ressourcen für Resilienzstunden und Fallbesprechungen schaffen und möglichst budgetieren.
- Andere institutionelle Belastungen durch parallele Prozesse sollten weitestgehend vermieden werden.
- Bauen Sie eine Arbeitsgruppe auf, um personelle Kontinuität zu gewährleisten.
- Gute Gründe für Hindernisse und Widerstand bei der Umsetzung finden und diese versorgen. Die Leitung sollte sich selbst sehr für Widerstand interessieren und die Bedürfnisse dahinter ernstnehmen.
- Die Energie der Skeptiker bewusst aufgreifen und für den Prozess nutzen - diese nicht überrollen und überfordern.
- Personal für spezifische Anforderungen auswählen und systematisch weiterentwickeln.
- Funktionierende, belastbare Kooperation/Liaison mit einem kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst ist ebenfalls von grossem Vorteil.
- Holen Sie sich Unterstützung und vernetzen Sie sich mit anderen Institutionen - besuchen Sie Best Practice-Modelle.
- Sparen Sie nicht mit Lob für alle Beteiligten und visualisieren Sie Ihre Fortschritte regelmässig (Furmann & Ahola, 2010).

Viel Spass und Erfolg bei der Umsetzung!

11 Danksagung

Wir sind den mitwirkenden Einrichtungen und insbesondere den Spiegelinstitutionen sehr zum Dank verpflichtet. Ohne ihre Geduld und Ausdauer hätte dieser Modellversuch nie durchgeführt werden können. Ihre MitarbeiterInnen haben sehr viel Herzblut und emotionales Engagement in diesen Modellversuch investiert. Der Modellversuch war realistischweise nur durchzuführen, weil alle Beteiligten bereit waren, in diesen Modellversuch zu investieren. Mit einem Dienst nach Vorschrift wäre es nicht möglich gewesen, solche intensiven Prozesse auf institutioneller, individueller und fachpolitischer Ebene voranzutreiben.

Auch den Trägerschaften der Modellinstitutionen wollen wir danken, dass sie bereit waren, derart grosse finanzielle Mittel und zeitliche Ressourcen in die Weiterbildung ihrer Mitarbeitenden zu investieren und dadurch vermutlich viele anderen Interessen und Projekte während des traumapädagogischen Prozesses zurückgestellt haben. Wir hoffen sehr, dass sich die Prozesse für sie gelohnt haben und wir ihnen etwas für diese Investitionen zurückgeben konnten.

Besonders zu Dank verpflichtet sind wir den mitwirkenden Kindern und Jugendlichen, die sich bereit erklärt haben sich zu öffnen, in Fragebögen über sich und ihr Leben zu berichten und viel wertvolle Lebenszeit für das Ausfüllen der Fragebögen investiert haben.

Dem Fachausschuss für Modellversuche, der uns die Chance gab, das hier vorgestellte, sehr aufwendige Projekt zu realisieren und damit ein Herzensthema voranzutreiben und uns das Vertrauen für ein solches Projekt zu schenken

Frau Grob und Frau Hässig haben das Projekt als Vertreterinnen des Fachausschusses in der Steuerungsgruppe repräsentiert. Es war uns eine Freude mit ihnen zusammenzuarbeiten, es wurde deutlich wie sie sich mit dem Projekt identifizierten und es mit ihre Fachlichkeit und Persönlichkeit positiv beeinflussten.

Beim Bundesamt für Justiz in Person von Frau Natascha Mathis, Herrn Walter Troxler und seinem Nachfolger Herrn Ronald Gramigna, welche das Projekt stets hervorragend unterstützt und auch inhaltlich mitgeprägt haben. Die Zusammenarbeit war fachlich und menschlich stets hervorragend und bereichernd.

12 Zusammenfassung

Ausgangslage

Trauma und Heimerziehung: Über 80% der Kinder und Jugendlichen aus der Heimerziehung berichten mindestens ein traumatisches Lebensereignis. Die Hälfte der Heranwachsenden durchlebten sogar mehrere traumatische Lebensereignisse, häufig durch ihre unmittelbaren Bezugspersonen. Die normalen, psychischen und neurophysiologischen Reaktionen auf chronischen Stress führen zu Schwierigkeiten im Bereich der Emotions-, Selbst- und Beziehungsregulation sowie der exekutiven Funktionen, welche die Entwicklung von verschiedenen psychischen Erkrankungen begünstigen, weshalb wiederholte traumatische Erfahrungen im Kindesalter als bedeutsamster Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen Krankheiten gelten. Insbesondere komplexe Störungsbilder sind häufig mit traumatischen Lebensereignissen assoziiert und bei fremdplatzierten Heranwachsenden besonders häufig. Diese Störungen im Bereich der Selbstregulation wirken sich massiv auf den pädagogischen Alltag und die gesellschaftliche Teilhabe aus, so dass traumatisierte Kinder und Jugendliche einen höheren und ganz spezifischen pädagogischen Bedarf aufweisen. Die klassische Heimerziehung stösst deshalb bei diesen Klienten oft an die Grenzen, weshalb sie nicht selten von Institution zu Institution weitergereicht werden. Diese kumulierten Beziehungsabbrüche wirken sich wiederum sehr negativ auf die weitere Prognose und Teilhabe aus.

Die fachpolitische Situation: Zu Beginn des Modellversuchs spielten traumapädagogische Konzepte in der Schweiz noch keine bedeutsame Rolle und es gab, im Gegensatz zu Deutschland, noch keine spezialisierten Einrichtungen oder Ausbildungen zum/r „TraumapädagogenIn“. Interessierte Fachkräfte mussten für längere Weiterbildungen nach Deutschland reisen, was oft dazu führte, dass diese Einzelpersonen dann trotz Enthusiasmus und hoher Motivation nicht in der Lage waren, institutionelle Routinen in einem traumapädagogischen Sinne zu verändern. Zumal die Übertragbarkeit von traumapädagogischen Konzepten aus Deutschland, welche dort in Reinform oft in altersheterogenen Wohngruppen praktiziert werden, auf Schweizer Jugendheime oft eher skeptisch beurteilt wurde. In der Schweiz werden delinquente Heranwachsende, die in Deutschland im Strafvollzug einsitzen würden, ebenfalls in sozialpädagogischen Einrichtungen betreut, weshalb traumapädagogische Konzepte bei einem Einsatz in der Schweiz sicher für diese Zielgruppe adaptiert werden müssen.

Ziele des Modellversuchs

Das explizite Ziel des Modellversuchs bestand darin, in fünf sozialpädagogischen Institutionen mit unterschiedlicher Klientel traumapädagogische Konzepte zu implementieren, dadurch einen Fachdiskurs um diese Konzepte zu initiieren und sie im Erfolgsfall weiter zu verbreiten. Um die Nachhaltigkeit der Implementierung von Traumapädagogik trotz der zu erwartenden Personalfuktuation zu gewährleisten, sollte in der Schweiz zudem eine Ausbildung in Traumapädagogik aufgebaut werden. Implizite Ziele waren es, mit dem Modellversuch in der Jugendhilfe eine höhere Traumasensibilität im Feld der Heimerziehung zu erreichen und darauf aufmerksam zu machen, wie bedeutsam Beziehungskontinuität gerade für diese Klienten ist und wie deren belastenden Beziehungserfahrungen die pädagogischen Interaktionen im Hier und Jetzt beeinflussen. Darüber hinaus sensibilisiert der traumapädagogische Ansatz für das was sozialpädagogische Fachkräfte im Alltag leisten, welchen Belastungen sie ausgesetzt sind und welche institutionellen Unterstützungsbedarfe daraus abgeleitet werden. Eine Vorgabe war es, um eine weite Verbreitung von traumapädagogischen Konzepten zu

erreichen und viel Erfahrung über unterschiedliche Implementierungsprozesse zu erfassen, möglichst unterschiedliche Institutionstypen aus verschiedenen Kantonen einzubeziehen.

Traumapädagogische Haltung und Konzepte

Traumapädagogische Konzepte resultieren aus der Annahme, dass Fertigkeiten zur Selbstregulation aus entwicklungspsychologischer Perspektive nur in vertrauensvollen Bindungsbeziehungen erlernt werden können. Komplex traumatisierte Menschen konnten die Entwicklung zur Selbstregulation aufgrund ihrer traumatischen Beziehungserfahrung unzureichend vollziehen. Eine Pädagogik, die ohne adäquates Beziehungsangebot Selbstregulationsfertigkeiten einfordert, wird scheitern, da die Beziehungsfähigkeit dann noch weiter beeinträchtigt wird und somit die Entwicklung der Selbstregulation und der gesunden Autonomiebedürfnisse ebenfalls stagniert. Traumapädagogische Förderung setzt folglich primär an verlässlichen Beziehungsangeboten an. KlientenInnen sollen erleben, dass der „Sicheren Ort“ ermöglicht, korrigierende Beziehungserfahrungen zu machen, und es deswegen möglich ist, die einst sinnvollen Überlebensstrategien aufzugeben und alternative Verhaltensweisen zu erlernen. Grundlegende innerpsychische Fertigkeiten wie die Sinnes- und Körperwahrnehmung, die Emotionsregulation, soziale Kompetenzen und das Erleben von Selbstwirksamkeit werden in der Traumapädagogik in Resilienzstunden und im pädagogischen Alltag gezielt gefördert. Diese Beziehungsorientierung in der Pädagogik erfordert eine viel stärkere Präsenz der sozialpädagogischen Fachkräfte, die sich auch als Person vermehrt einbringen müssen, so dass in der Traumapädagogik die administrative, fachliche und vor allem die emotionale Unterstützung von Mitarbeitenden ein zentraler Bestandteil des Konzeptes ist. Diese wird strukturell und als Aufgabe der Leitung verankert, so dass der „Sichere Ort“ in der Traumapädagogik als Trias aus sicheren Kindern/Jugendlichen, sicheren Mitarbeitenden/Leitungskräften und sicheren Strukturen verstanden wird.

Umsetzung des traumapädagogischen Implementierungsprozesses

Aufbau: Die Grundidee für die Implementierung der traumapädagogischen Konzepte bestand darin, zuerst **funktionsträgerspezifische Schulungen** durchzuführen und dann die Einrichtungen mit Prozessbegleiterinnen in einrichtungsinternen Retraiten in der Umsetzung von traumapädagogischen Konzepten zu unterstützen, sowie mit der Steuerungsgruppe, die Möglichkeit zum Austausch zwischen den Einrichtungen und zur Reflexion des Gesamtprozesses zu schaffen. Im Rahmen der Schulungen sollte strukturiert und kompakt psychotraumatologisches Fachwissen sowie traumapädagogische Haltungen und Methoden vermittelt werden. Der Einsatz von Prozessbegleiterinnen sollte gewährleisten, dass die Prozesse der Leitungs- und der Teamebene zusammengeführt werden. Zudem sollte durch die externe Prozessbegleitung sichergestellt werden, dass Implementierungsprozesse nicht im oft herausfordernden und alle Ressourcen bindenden pädagogischen Alltag untergehen sowie konkret Hilfe beim Überwinden von Problemen in der Umsetzung in den institutionellen Alltag geben. Ausserdem sollte die Prozessbegleitung mit einer Aussenperspektive dabei helfen, die Ressourcen der Einrichtungen mit traumapädagogischen Konzepten zu verbinden und spezifisch auf das Klientel der Einrichtung und die verschiedenen Institutionstypen anzupassen.

Schulungen: Es wurden acht zweitägige Weiterbildungen mit den Teams und sechs zweieinhalbtägige Weiterbildungen mit den Leitungskräften entwickelt und durchgeführt. Das didaktische Konzept beruhte darauf, ähnliche Inhalte zu vermitteln, dabei aber darauf zu achten, dass jeder Funktionsträger die Inhalte aus seiner Position heraus reflektiert und entsprechende Fertigkeiten vermittelt bekommt

(die sozialpädagogischen Fachkräfte müssen lernen Kinder zu stabilisieren, die Leitungsebene Mitarbeitende stabilisieren und zu unterstützen). Die Weiterbildungen wurden in einer Klausuratmosphäre stets mit zwei Referenten durchgeführt. In den Schulungen wurde darauf geachtet, zwischen theoretischen Inputs, praktischen Übungen und Aufgaben der Reflexion der eigenen Arbeit sowie Elementen der Selbsterfahrung zu variieren. Jedes Seminar wurde schriftlich und mündlich ausgewertet und stets gut, zumeist sehr gut bewertet. Am Ende der Leitungsschulungen wurden konkret anstehende Umsetzungsschritte definiert, die sich aus den vermittelten Inhalten und dem Prozess in den Einrichtungen ergaben.

Prozessbegleitungen: Die Prozessbegleitungen wurden ebenfalls sehr positiv und unterstützend erlebt. In der Umsetzung war es trotzdem oft herausfordernd, den traumapädagogischen Prozess von konkreten Alltagsproblemen und Personalwechseln etc. zu trennen und sich auf den Prozess zu fokussieren. Teilweise war auch die konkrete Terminfindung mit dem gesamten institutionsinternen Prozessteam schwierig, dennoch gelang es in der Regel, nach jeder Schulung mindestens einen Tag mit den Projektbegleiterinnen zu realisieren. Letztlich zeigte sich aber, dass es kaum möglich ist, diesen Prozess bei den bestehenden Ressourcen noch weiter zu intensivieren und wesentlich häufigere Treffen mit den Projektbegleiterinnen durchzuführen.

Treffen der Steuerungsgruppe: Die Treffen der kleinen (nur Modellinstitutionen) und grossen Steuerungsgruppe (mit FAS, Spiegelinstitutionen und BJ) dienten der Reflexion des Gesamtprozesses, dem Austausch der Institutionen über die guten Gründe von Hindernissen bei der Umsetzung von traumapädagogischen Konzepten untereinander sowie der Planung der Evaluationen und der Vor- und Nachbereitung der Schulungen sowie der Konzeptualisierung der Fachtage.

Evaluation: Die Evaluation verfolgte zwei Ziele: Einerseits sollte die Begleitforschung den Prozess der Implementierung abbilden, um daraus Erfahrungen über die institutionelle Organisationsentwicklung bei der Einführung von traumapädagogischen Prozessen zu gewinnen und den nachfolgenden Institutionen potentielle Stolpersteine und Gelingensfaktoren aufzeigen. Für diese qualitative Evaluation wurden 22 Interviews zum Prozess und den Erfahrungen mit Traumapädagogik durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Andererseits sollte mit der Begleitforschung auch die Wirksamkeit von traumapädagogischen Methoden in der Schweizer Heimerziehung untersucht werden. Hierfür wurde ein naturalistisches Kontrollgruppendesign gewählt, indem die Entwicklung der Mitarbeitenden und der Kinder und Jugendlichen in den fünf traumapädagogischen Modellinstitutionen mit der Entwicklung in neun Spiegelinstitutionen verglichen wurden. Es wurde eine quantitative Untersuchung mit standardisierten, weit verbreiteten psychometrischen Testverfahren durchgeführt und mit dem Haarcortisol zudem noch ein neurobiologisches Stressparameter erhoben, so dass die Methodik im Bereich der traumapädagogischen Forschung neue Standards setzt. Im Sinne einer „Actionresearch“ sollte die Evaluation auch kontinuierlich Hinweise dafür geben, wann wie gegebenenfalls gegengesteuert werden muss, um den Verlauf zu optimieren. Für die Evaluation wurden positive Ethikvoten der jeweils zuständigen Ethikkommissionen eingeholt. Aufgrund diverser methodischer Herausforderungen muss davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse die „wahre“ Wirkung von traumapädagogischen Konzepten tendenziell unterschätzen. Durch die kleine Stichprobengrösse erreichen zudem auch sehr deutliche Effekte nicht immer das Signifikanzniveau.

Zentrale Ergebnisse der quantitativen Evaluation

Ein zentrales methodisches Problem bestand darin, dass die Spiegelinstitutionen ebenfalls eine sehr hohe pädagogische Qualität und Stabilität aufweisen, um sich die aufwendigen Erhebungen zusätzlich zum Alltag zuzutrauen. Eine weitere methodische Herausforderung bestand darin, den langen Implementierungsprozess innerhalb der fünfjährigen Laufzeit des Modellversuchs abzubilden und dennoch die Wirkung der "vollständig" implementierten Traumapädagogik evaluieren zu können. Dies bedeutet, dass eine Vielzahl der Messungen während des stressigen Implementierungsprozesses erfolgte und nur das letzte Jahr nach der Einführung dazu geeignet war, die Wirkung von Traumapädagogik abzubilden, weshalb es interessant wäre die weitere Entwicklung der traumapädagogischen Wohngruppen katamnestisch nachzuverfolgen. Es zeigt sich in vielen Massen auf Mitarbeiterebene, dass der Prozess der Implementierung die sozialpädagogischen Fachkräfte zwar vorübergehend stärker belastete und verunsicherte, sich die Situation aber nach Abschluss dieses Prozesses sehr deutlich verbesserte. Trotz dieser methodischen Probleme sind die Ergebnisse eindrücklich und unterstreichen die Wirkung von traumapädagogischen Konzepten.

Sozialpädagogische Fachkräfte

- Sozialpädagogische Fachkräfte erleiden nach Abschluss der Implementierung von traumapädagogischen Konzepten tendenziell weniger Grenzverletzungen.
- Junge, unerfahrenere Mitarbeitende in den traumapädagogischen Modellversuchen fühlen sich selbstwirksamer in der Arbeit und achten mehr auf ihre Selbstfürsorge. Über alle Mitarbeitenden hinweg zeigen sich keine Unterschiede. Das Burnout-Risiko steigt zwischenzeitlich an, um nach der Implementierung stark abzufallen.
- Über den Implementierungsprozess reduziert sich der Zusammenhang zwischen Belastungen am Arbeitsplatz und Arbeitsunzufriedenheit in den Modellinstitutionen, wohingegen er in den Spiegelinstitutionen unverändert bleibt.
- Auch die Stressbelastung gemessen über die Cortisol-Konzentration in den Haaren reduziert sich nach der erfolgreichen Implementierung deutlich.

Klientenebene

- Tendenziell gibt es in den traumapädagogischen Einrichtungen nach der Implementierung weniger Abbrüche.
- Die neurobiologische Stressbelastung der Kinder und Jugendlichen, gemessen am Cortisol-DHEA-Ratio, reduziert sich tendenziell unter TP.
- In psychometrischen Fragebögen zeigen sich sowohl in den Spiegelinstitutionen als auch in den Modellinstitutionen deutliche Verbesserungen. Im Bereich der psychopathischen Persönlichkeitszüge und in der Beurteilung durch die Sozialpädagogen erweisen sich traumapädagogische Konzepte als überlegen, auch die soziale Teilhabe im HoNOSCA verbessert sich tendenziell stärker. In den anderen Massen gibt es keine Unterschiede, im Selbsturteil erreichen die Spiegelinstitutionen sogar deutlichere Verbesserungen.

- In der zweiten Hälfte des traumapädagogischen Implementierungsprozesses wurden bereits mehr psychisch höchst belastete Kinder und Jugendliche zugewiesen, was auf einen hohen Bedarf an tragfähigen Plätzen für Jugendliche mit spezifischen Bedürfnissen hindeutet.

Zentrale Ergebnisse der qualitativen Evaluation

Insgesamt wird in den qualitativen Interviews eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem traumapädagogischen Prozess berichtet. Als Hindernisse bei der Umsetzung wurden häufig zu geringe Ressourcen im Alltag und personelle Diskontinuität sowie parallele Prozesse in den Einrichtungen angegeben. Die Belastung in der Implementierungsphase wurde benannt, wobei diese als Investition und ein Ringen um den eigenen Weg gedeutet wurden. Der Prozess wurde durchgehend als lohnenswert empfunden. Bezüglich der Veränderungen zeigte sich eine deutliche Sensibilisierung für Anzeichen von Selbstunwirksamkeit, Unsicherheit und Belastung bei Mitarbeitern sowie natürlich für Traumasymptome bei den Kindern und Jugendlichen. Die traumapädagogische Haltung und spezifischen Methoden wurden durchgehend als sehr hilfreich erachtet. Es wurden viele, sehr eindrückliche Beispiele aufgeführt, wie sich der pädagogische Alltag, die Haltung und die konkrete Beziehungsgestaltung zu Kindern, KollegInnen und Mitarbeitenden durch die Traumpädagogik verändert haben. In den qualitativen Interviews wird zwischen den Zeilen durchweg deutlich, dass alle Teilnehmenden auch einen intensiven persönlichen Prozess durchlaufen haben.

Fachpolitische Ergebnisse des Modellversuchs

Alle teilnehmenden Einrichtungen wollen sich weiterhin mit traumapädagogischen Konzepten befassen. Viele streben eine Ausweitung der Konzepte und Haltungen auf die Gesamteinrichtung, die Schlüsselprozesse und/oder den Aufbau von spezialisierten traumapädagogischen Gruppen an.

Alle interviewten Fachkräfteberichten, dass sie und ihre Institutionen sehr vom Prozess profitiert zu haben. Alle Leitungskräfte, die in neue Einrichtungen gewechselt haben, setzen an ihren neuen Wirkungsstätten ebenfalls traumapädagogische Ideen um. Ausserdem konnten die traumapädagogischen Konzepte auf das spezifische Klientel der Einrichtung sowie die verschiedenen Entwicklungsalter und Institutionstypen relativ unkompliziert adaptiert werden.

Die Auseinandersetzung mit traumapädagogischen Konzepten findet in der Schweiz auf einem sehr hohen fachlichen Niveau statt. Sehr erfreulich ist, dass die Institutionen auch durch den konsequenten Aufbau des Modellversuches verstanden haben, dass eine Weiterbildung nicht ausreicht, sondern auch ein Organisationsentwicklungsprozess notwendig ist, wenn Traumapädagogik konsequent umgesetzt werden soll.

- In weiten Teilen der Jugendhilfe und auch bei den Zuweisern ist eine höhere Traumasensibilität zu beobachten.
- Es wurde viel wichtiges Wissen über Change Management-Prozesse in sozialpädagogischen Einrichtungen gewonnen, die auch bei der Implementierung von anderen Konzepten von Interesse sein können.
- Inzwischen werden in der Schweiz zwei Weiterbildungen zur Qualifizierung zum Traumapädagogen/zur Traumapädagogin nach Richtlinien der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie/BAG angeboten, die stets überbucht sind.

- Die Modellinstitutionen bekamen bereits in der zweiten Hälfte des Modellversuches vermehrt Anfragen von hochbelasteten traumatisierten Jugendlichen, was den hohen Bedarf unterstreicht.
- Traumapädagogisch Interessierte aus der ganzen Deutschschweiz, nicht nur aus den Modell- und Spiegelinstitutionen organisieren sich, um sich auszutauschen und traumapädagogische Konzepte weiterzuentwickeln.

Erfahrungen aus der Umsetzung von Change Management-Prozessen

Insgesamt ist es sehr erstaunlich, was sich in den Einrichtungen hin zu einer traumasensibleren Haltung verändert hat und wie schnell das Interesse an traumapädagogischen Konzepten in den Jahren des Modellversuches in der Schweizer Fachwelt gewachsen ist, so dass der Modellversuch von allen Beteiligten als sehr erfolgreich eingeschätzt wird.

In der kritischen Selbstreflexion muss eingeräumt werden, dass die Belastung der Einrichtungen bei der Umsetzung und die Personalfuktuation, obwohl diese durchaus einkalkuliert war, noch unterschätzt wurde. Die Institutionen wurden dadurch sehr belastet und es wäre sicher sinnvoll gewesen, in den Institutionen für diese Prozesse mehr Ressourcen zur Verfügung zu haben oder im Rahmen des Modellversuchs zur Verfügung zu stellen, was zu erheblichen Kostensteigerungen im Modellversuch geführt hätte. Durch die Weiterbildungen wurden sehr intensive individuelle und institutionelle Entwicklungen (traumapädagogische Haltung) angeregt. Die Umsetzung in die institutionelle Praxis erfordert aber immer einen „sanften Druck und ein Wiederinnern“, was gerade in Zeiten, in denen die Institutionen mit Personalfuktuationen, anderen Prozessen und limitierten Ressourcen konfrontiert wurden, sehr gut nachzuvollziehen war. Die externe Position der Prozessbegleitung hat sich bewährt, um den Prozess voranzutreiben und moderieren zu können. Teilweise wäre es aber von Vorteil gewesen, eine konkrete Entlastung im Alltag der Institutionen für den zusätzlichen Aufwand zu haben.

Durch den Modellversuch wurde deutlich, dass ein solcher Umsetzungsprozess ausreichend Zeit und Ressourcen braucht. Der Implementierungsprozess über mehrere Jahre schafft in einem Feld mit hoher Personalfuktuation auch Probleme, so dass es eventuell günstiger wäre, statt auf die Entwicklung der doch recht stark fluktuierenden Fachkräfte stärker auf Schlüsselprozesse in den Einrichtungen zu fokussieren. Auch eine stärkere Konzentration der Wissensvermittlung auf weniger grosse Blöcke zu Beginn eines Implementierungsprozesses könnte diese vielleicht etwas reduziere, auch wenn dies andere Nachteile implizieren würde (personelle Abdeckung von Wohngruppen, weniger Zeiten zum Ausprobieren und zur persönlichen Entwicklung zwischen den Seminaren). Für die Evaluation wäre es sicher von Vorteil gewesen, mit den Messungen erst nach der Etablierung von traumapädagogischen Konzepten zu starten und eine grössere homogenere Stichprobe zu untersuchen (ähnliches Alter, identische Problemlagen etc.), was allerdings schwer mit den Förderrichtlinien für die Modellversuche vereinbar gewesen wäre.

Ausblick und Schlussfolgerungen

Traumapädagogik ist inzwischen in der Schweiz etabliert, sehr viele Institutionen setzen sich mit traumapädagogischen Konzepten auseinander, wollen ihre Mitarbeitenden entsprechend qualifizieren und ihre Schlüsselprozesse nach traumapädagogische Ideen gestalten. Interessant ist, dass sich sowohl spezifische Einsatzgebiete im Bereich der Heimerziehung (niederschwellige Hilfen, Hilfen für kleine Kinder, Beobachtungs- und offene und geschlossene Durchgangsstationen) als auch andere psychosoziale Handlungsfelder, in denen man ebenfalls häufig mit traumatisierten Menschen konfrontiert ist, intensiver mit traumapädagogischen Hilfen auseinandersetzen möchte (Flüchtlingshilfe, Drogenarbeit, Frauenhäuser, Behinderten- und Pflegekinderbereich, etc.). Sicherlich wäre es angesichts der enormen Resonanz, die traumapädagogische Konzepte in der Deutschschweiz erfahren, auch interessant und wertvoll, traumapädagogische Konzepte in die anderen Schweizer Sprachregionen zu tragen. Weil die Nachfrage an traumapädagogischen Weiterbildungen kaum gedeckt werden kann und sich Präsenzveranstaltungen für Fachkräfte im Schichtdienst oft schwer mit Dienstplänen und familiären Verpflichtungen verbinden lassen, könnten hier auch E-Learning-Programme für viele Fachkräfte im Feld eine wertvolle Alternative darstellen.

Danksagung

Wir wollen uns abschliessend bei allen teilnehmenden Kindern, Jugendlichen, ihren Fachkräften und Leitungskräften insbesondere aus den Spiegelinstitutionen, die deutlich weniger als die Modellinstitutionen vom traumapädagogischen Prozess profitieren konnten, ganz herzlich für die geleistete Arbeit, die geopfert zeitlichen Ressourcen und die stets hervorragende Zusammenarbeit bedanken. Auch beim Fachausschuss, insbesondere Claudia Grob und Leena Hässig, sowie bei Natascha Mathis, Walter Troxler und Ronald Gramigna wollen wir uns für die hervorragende Kooperation und das Vertrauen bedanken. Teilgenommen haben folgende sozialpädagogische Einrichtungen:

Modellinstitutionen: Bürgerliches Waisenhaus (BS), Jugendstätte Burghof (ZH), Wohngruppe rose (AR), Schulheim Sommerau (BL), Jugendheim Alltag (GR)

Spiegelinstitutionen: Schlössli (BS), Varnbüel (SG), Kleinheim Hirzel/Wohngruppe Binz (ZH), Stiftung Juvenat (OW), Landheim Brüttsellen (ZH), Gfellergut (ZH), Wohngruppe Sennwald (SG), Schulheim Friedeck (SH), Kinder- und Jugendheim Maiezyt (BE)

13 Literaturverzeichnis

- Aarons, G. A., James, S., Monn, A. R., Raghavan, R., Wells, R. S., & Leslie, L. K. (2010). Behavior problems and placement change in a national child welfare sample: a prospective study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(1), 70-80.
- Afifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 139-147.
- Afzali, M. H., Birmes, P., & Vautier, S. (2015). Symptoms Moderating the Association Between Recent Suicide Attempts and Trauma Levels: Fan-Shaped Effects. *Death Studies*, 1-9.
- Ager, A., Pasha, E., Yu, G., Duke, T., Eriksson, C., & Cardozo, B. L. (2012). Stress, Mental Health, and Burnout in National Humanitarian Aid Workers in Gulu, Northern Uganda. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 713-720.
- AGJ - Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. (2008). Personal in der Kinder- und Jugendhilfe – Herausforderungen und Perspektiven. Berlin: AGJ - Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe.
- AGJ - Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. (2010). Abschlussbericht des Runden Tisches. „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“, Zugriff unter http://www.rundertisch-heimerziehung.de/documents/RTH_Abschlussbericht_000.pdf. Retrieved from Berlin: http://www.rundertisch-heimerziehung.de/documents/RTH_Abschlussbericht_000.pdf
- AGJ - Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. (2014). Fachkräftegebot und Fachkräftegewinnung vor dem Hintergrund der Aufgaben- und Angebotsvielfalt in der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin: AGJ - Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe.
- Aichhorn, A. (2005). Verwaarloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung (11 ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Allroggen, M., Back, M. D., & Plener, P. L. (2016). Kinder an die Macht? – Machiavellismus im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44(1), 21-30.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andershed, H., Kerr, M., Stattin, H., & Levander, S. (2002). Psychopathic traits in nonreferred youths: A new assessment tool. In E. Blaauw & L. Sheridan (Eds.), *Psychopaths: Current International Perspectives* (pp. 131-158). The Hague: Elsevier.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well.*: San Francisco, CA, US: Jossey-Bass. xx.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist. (1998). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behaviour Checklist (CBCL 4-18), Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen bearbeitet von Döpfner M., Plück J., Melchers P. und Heim K. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist. (1998). Fragebogen für Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung des Youth Self Report (YSR), Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen bearbeitet von Döpfner M., Plück J., Melchers P. und Heim K. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Arnold, J. (2010). *Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Pflegekindern: Psychische Belastung, posttraumatische Symptomatik und kindliche Verhaltensauffälligkeiten*. (Dissertation; Literature), Ludwig-Maximilians-Universität, München.
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184-190.
- Bader, K., & Schäfer, V. (2007). Schlafstörungen nach traumatischen Erfahrungen in Kindheit und Jugend: ein Überblick. *Somnologie - Schlafforschung und Schlafmedizin*(11), 101-110.

- Bae, H., Kim, D., & Park, Y. C. (2015). Dissociation Predicts Treatment Response in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, (2011)
- BAG Traumapädagogik, & DeGPT. (2010). Mindeststandards zur Zusatzqualifikation: Traumapädagogik und Traumazentrierte Fachberatung nach den Empfehlungen der DeGPT und BAG Traumapädagogik. Retrieved from <http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/ausbildungs-curricula.html>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman Company
- Barton, D., Ward, K., & Roddam, H. (2014). Adapting to trauma: Disengagement as a holding strategy. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 8(5), 338-347.
- Barton, S., Gonzalez, R., & Tomlinson, P. (2011). *Therapeutic Residential Care for Children and Young People - An Attachment and Trauma-Informed Model for Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bausum, J. (2009). Ressourcen der Gruppe zur Selbstbemächtigung. "Ich bin und ich brauche euch". In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiss (Eds.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (pp. 179-187). Weinheim: Juventa.
- Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., . . . Sonuga-Barke, E. J. (2007). Scholastic attainment following severe early institutional deprivation: a study of children adopted from Romania. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 1063-1073.
- Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related post-traumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 159(3), 483-486.
- Behrends, T. (2001). *Organisationskultur und Innovativität: Eine kulturtheoretische Analyse des Zusammenhangs zwischen sozialer Handlungsgrammatik und innovativem Organisationsverhalten*. München/Mering: Rainer Hampp.
- Berceli, D. (2005). *Trauma releasing exercises: A Revolutionary New Method for Stress/Trauma Recovery*: Booksurge Publishing.
- Berceli, D. (2008). *The Revolutionary Trauma Release Process. Transcend Your Toughest Times*. Vancouver: Namaste Publishing.
- Besier, T., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2009). Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. *European Psychiatry*, 24(7), 483-489.
- Bettelheim, B. (2007). *Liebe allein genügt nicht. Die Erziehung emotional gestörter Kinder* (12 ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Boers, K.-., & Reinecke, J. (Eds.). (2007). *Delinquenz im Jugendalter. Erkenntnisse einer Münsteraner Längsschnittstudie*. Münster: Waxmann.
- Boos, A. (2005). *Kognitive Verhaltenstherapie bei chronischen Traumatisierungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bowker, L. H., Arbitell, M., & McFerron, J. R. (1988). On the relationship between wife beating and child abuse *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 158-174). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc; US.
- Boyd Webb, N. (Ed.) (2006). *Working with traumatized youth in child welfare*. New York: Guilford Press.
- Braig et al. Determinants of maternal hair cortisol concentrations at delivery reflecting the last trimester of pregnancy. *Psychoneuroendocrinology* (2015) 52, 289—296
- Brendtro, L. K., Brokenleg, M., & Van Bockern, S. (2009). *Reclaiming Youth at Risk: Our Hope for the Future*. Bloomington: Solution Tree.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Briggs, E. C., Greeson, J. K. P., Layne, C. M., Fairbank, J. A., Knoverek, A. M., & Pynoos, R. S. (2012). Trauma Exposure, Psychosocial Functioning, and Treatment Needs of Youth in Residential Care: Preliminary Findings from the NCTSN Core Data Set. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5(1), 1-15.
- Brown, J. R., Holloway, E. D., Akakpo, T. F., & Aalsma, M. C. (2014). "Straight up": enhancing rapport and therapeutic alliance with previously-detained youth in the delivery of mental health services. *Community Mental Health Journal*, 50(2), 193-203.

- Brown, N. M., Brown, S. N., Briggs, R. D., Germán, M., Belamarich, P. F., & Oyeku, S. O. (2016). Associations Between Adverse Childhood Experiences and ADHD Diagnosis and Severity. *Academic Pediatrics*, 1-7.
- Büchi, T., & Prinz, K. (2014). Umsetzung von Traumapädagogischen Inhalten. Prozessbegleitung vor Ort als Teil von Organisationsentwicklung EREV-Schriftenreihe: Traumapädagogik und ihre Bedeutung für pädagogische Einrichtungen. Ein Projekt des Universitätsklinikums Ulm mit dem CJD e. V. Hannover: SchöneworthVerlag.
- Cardozo, B. L., Crawford, C. G., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., . . . Simon, W. (2012). Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: A longitudinal study. *PLoS One*, 7(9).
- Cassée, K. (2010). *Kompetenzorientierung: Eine Methodik für die Kinder- und Jugendhilfe* (2 ed.). Bern: Haupt.
- Cicchetti, D. (2013). Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children—past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 402-422.
- Cicchetti, D., & Doyle, C. (2016). Child maltreatment, attachment and psychopathology: mediating relations. *World Psychiatry*, 15(2), 89-90.
- Cima, M., Smeets, T., & Jelicic, M. (2008). Self-reported trauma, cortisol levels, and aggression in psychopathic and non-psychopathic prison inmates. *Biological Psychology*, 78(1), 75-86.
- Cima, M., van Bergen, S., & Kremer, K. (2008). Development of the supernormality scale-revised and its relationship with psychopathy. *Journal of Forensic Sciences*, 53(4), 975-981.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(2), 103-129.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408.
- Colvert, E., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Hawkins, A., . . . Sonuga-Barke, E. J. (2008). Emotional difficulties in early adolescence following severe early deprivation: Findings from the English and Romanian adoptees study. *Development and Psychopathology*, 20(2), 547-567.
- Copeland, W. E., Miller-Johnson, S., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population-based study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1668-1675.
- Corso, P. S., & Fertig, A. R. (2010). The economic impact of child maltreatment in the United States: Are the estimates credible? *Child Abuse & Neglect*, 34(5)
- Craparo, G., Schimmenti, A., & Caretti, V. (2013). Traumatic experiences in childhood and psychopathy: a study on a sample of violent offenders from Italy. *European Journal of Psychotraumatology*, 4.
- Dammann, G. (2007). Chronische Suizidalität bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Dynamik und Behandlung. In F. M. Wurst, R. Vogel, & M. Wolfersdorf (Eds.), *Klinische Suizidprävention*. Regensburg: Roderer.
- Daniels, J. (2003). Sekundäre Traumatisierung - kritische Prüfung eines Konstruktes anhand einer explorativen Studie. Diplomarbeit. Universität Bielefeld.
- Daniels, J. (2006). Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung.
- Daniels, J. (2007). Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 5(3), 49-61.
- De Kloet, E. R., Joëls, M., & Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature Reviews Neuroscience*, 6(6), 463-475.
- Denz, A. (2012). Konfrontative Pädagogik. In M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch, & S. Schlüter-Müller (Eds.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (pp. 406-417). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Di Gallo, A., Barton, J., & Parry-Jones, W. L. (1997). Road traffic accidents: Early psychological consequences in children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 170(4), 358-362.
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3)
- Dobie, D. J., Kivlahan, D. R., Maynard, C., Bush, K. R., Davis, T. M., & Bradley, K. A. (2004). Posttraumatic stress disorder in female veterans: association with self-reported health problems and functional impairment. *Archives of Internal Medicine*, 164(4), 394-400.
- Dölitzsch, C., Fegert, J. M., Künster, A. K., Kölch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 23(3), 140-150.
- Dölitzsch, C., Leenarts, L. E., Schmeck, K., Fegert, J. M., Grisso, T., & Schmid, M. (2017). Diagnostic performance and optimal cut-off scores of the Massachusetts youth screening instrument-second version in a sample of Swiss youths in welfare and juvenile justice institutions. *BMC Psychiatry*, 17(61).
- Döpfner, M., Schürmann, S., & Frölich, J. (2013). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP: Mit Online-Materialien (Materialien für die klinische Praxis)* (5., vollst. überarb. Aufl. ed.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., . . . Lehmkuhl, G. (1997). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 25(4), 218-233.
- Doppler, K., & Lauterburg, C. (2014). *Change Management: Den Unternehmenswandel gestalten* (13. Ed.). Frankfurt/M.: Campus Verlag.
- Downing, G. (2006). Frühkindlicher Affektaustausch und dessen Beziehung zum Körper. In G. Marlock & H. Weiss (Eds.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (pp. 333-351). Stuttgart: Schattauer.
- Durrant, M. (1996). *Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Dutra, L., Callahan, K., Forman, E., Mendelsohn, M., & Herman, J. (2008). Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 71-74.
- Dyer, A., Borgmann, E., Feldmann, R. E., Jr., Kleindienst, N., Priebe, K., Bohus, M., & Vocks, S. (2013). Body image disturbance in patients with borderline personality disorder: impact of eating disorders and perceived childhood sexual abuse. *Body Image*, 10(2), 220-225.
- Dyer, A., Priebe, K., Steil, R., Krüger, A., & Bohus, M. (2009). Dialektisch-Behaviorale Therapie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung mit schweren Störungen der Emotionsregulation. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 42(2), 283-307.
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2011). *Statistik und Forschungsmethoden*, 2. Auflage. Weinheim: Beltz
- Engfer, A. (1991). Temperament und Kindesmisshandlung. *Psychosozial*, 14(2), 106-116.
- Esser, G., & Ballaschk, K. (2005). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen - Forschungsstand und Perspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 26(Sonderheft 1), 19-39.
- Fegert, J. M. (2010). Umgang mit von sexuellem Missbrauch betroffenen Mädchen und Jungen. Entwicklung, Etablierung, Qualität und Zusammenarbeit der Hilfesysteme. In J. M. Fegert, U. Ziegenhain, & L. Goldbeck (Eds.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (pp. 155-171). Weinheim: Juventa.
- Fegert, J. M., & Wolff, M. (2015). *Kompodium "Sexueller Missbrauch in Institutionen". Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Fengler, J. (2011). Merkmale ausgebrannter Teams. Characteristics of team burnout Fengler, Joerg, Sanz, Andrea. *Ausgebrannte Teams. Burnout-Prävention und Salutogenese*. Stuttgart: Klett-Cotta (2011). S. 16-41 Series: *Leben lernen*, Nr. 235.
- Ferrari, E., Cravello, L., Muzzoni, B., Casarotti, D., Paltro, M., Solerte, S. B., ... & Magri, F. (2001). Age-related changes of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: pathophysiological correlates. *European Journal of Endocrinology*, 144(4), 319-329.

- Fichtner, H. (2009). *Unternehmenskultur im Strategischen Kompetenzmanagement*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel; US.
- Fischer, S., Dölitzsch, C., Steinlin, C., Breymaier, B., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2012). Fragebogen zu besonderen Belastungen im Arbeitsalltag und Privatleben (unveröffentlicht).
- Fisher, P. A., & Stoolmiller, M. (2008). Intervention effects on foster parent stress: associations with child cortisol levels. *Development and Psychopathology, 20*(3), 1003-1021.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, G. L., & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ford, J. D., & Blaustein, M. E. (2013). Systemic self-regulation: A framework for trauma-informed services in residential juvenile justice programs. *Journal of Family Violence, 28*(7), 665-677.
- Ford, J. D., Grasso, D., Greene, C., Levine, J., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2013). Clinical significance of a proposed developmental trauma disorder diagnosis: Results of an international survey of clinicians. *Journal of Clinical Psychiatry, 74*(8), 841-849.
- Franke, A., & Witte, M. (2009). *Das HEDE-Training(R) - Manual zur Gesundheitsförderung auf Basis der Salutogenese*. Bern: Huber.
- Franzoni, E., Gualandi, S., Caretti, V., Schimmenti, A., Di Pietro, E., Pellegrini, G., . . . Pellicciari, A. (2013). The relationship between alexithymia, shame, trauma, and body image disorders: investigation over a large clinical sample. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 9*, 185-193.
- Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Annual Research Review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(6), 532-548.
- Friedrich, R., & Schmid, M. (2014). Pflegefamilie oder Heim? Wann und für wen ist ein Leben ausserhalb der eigenen Familie sinnvoll? *Pädiatrie*(1), 25-29.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Dörner, T., & Rönna, M. (2007). *Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen - PRiK: Trainingsmanual für ErzieherInnen*. München: Reinhardt.
- Furman, B., & Ahola, T. (2010). *Es ist nie zu spät, erfolgreich zu sein. Ein lösungsfokussiertes Programm für Coaching von Organisationen, Teams und Einzelpersonen*. Heidelberg: Auer.
- Gahleitner, S. B., & Schleiffer, R. (2010). Bindung und Trauma. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Eds.), *Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen*. Series: Klinische Sozialarbeit, Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 3 (pp. 28-41). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S. B., & Schmid, M. (2014). Traumapädagogische Forschung und Qualitätssicherung. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 280-293). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gahleitner, S. B., & Schmid, M. (2017). Traumapädagogische Forschung und Qualitätssicherung. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (3. unveränderte ed., pp. 280-293). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gahleitner, S. B., & Weiss, W. (2016). Traumapädagogisches diagnostisches (Fall-)Verstehen. In W. Weiss, T. Kessler, & S. B. Gahleitner (Eds.), *Handbuch Traumapädagogik* (pp. 262-271). Weinheim: Beltz.
- Gahleitner, S. B., Brandstetter, W., & Schmid, M. (2016). Forschung und Qualitätssicherung. In W. Weiss, T. Kessler, & S. B. Gahleitner (Eds.), *Handbuch Traumapädagogik* (pp. 424-432). Weinheim: Beltz.
- Gahleitner, S. B., Frank, C., & Leitner, A. (2015). *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik*. Weinheim: Beltz Juventa.

- Gahleitner, S. B., Homfeldt, H. G., & Fegert, J. M. (2012). Gemeinsam Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf übernehmen? Hindernisse und Lösungswege für Kooperationsprozesse. In S. B. Gahleitner & H. G. Homfeldt (Eds.), *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (pp. 247-272). Weinheim: Beltz Juventa.
- Ganser, H. G., Münzer, A., Seitz, D. C., Witt, A., & Goldbeck, L. (2015). Verbesserter Zugang zu evidenzbasierten Therapien für psychisch kranke Kinder und Jugendliche nach Kindesmisshandlung und -missbrauch. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64(3), 172-187
- Gintzel, U., & Schone, R. (1990). Zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Münster: Votum.
- Girzone, R. (2004). Kinder als Zeuginnen und Mitbetroffene. Zürich: Workshop der Fortbildung „Gewaltdynamik – Interventionen – Begleitung betroffener Frauen“.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behavior Research and Therapy*, 45(10), 2483-2490.
- Gobin, R. L., Reddy, M. K., Zlotnick, C., & Johnson, J. E. (2015). Lifetime trauma victimization and PTSD in relation to psychopathy and antisocial personality disorder in a sample of incarcerated women and men. *International Journal of Prisoner Health*, 11(2), 64-74.
- Goldbeck, L. (2011). Häusliche Gewalt. Psychische Folgen für Kinder. In S. Walper, J. Fichtner, & K. Normann (Eds.), *Hochkonfliktvolle Trennungsfamilien. Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen und Hilfen für Scheidungseltern und ihre Kinder* (pp. 131-142). Weinheim: Beltz Juventa.
- Gow, R., Thomson, S., Rieder, M., Van Uum, S., & Koren, G. (2010). An assessment of cortisol analysis in hair and its clinical applications. *Forensic Science International*, 196(1-3), 32-37.
- Graham, N., Kimonis, E. R., Wasserman, A. L., & Kline, S. M. (2012). Associations among childhood abuse and psychopathy facets in male sexual offenders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 66-75.
- Graham, N., Kimonis, E. R., Wassermann, A. L., & Kline, S. M. (2012). *Associations among childhood abuse and psychopathy facets in male sexual offenders*. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), Jan 2012, 66-75
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (Hogrefe Ed. 2 ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2007). *Neuropsychotherapy: How the neurosciences inform effective psychotherapy*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; US.
- Grisso, T., & Barnum, R. (2014). *Massachusetts Youth Screening Instrument - Version 2 (MAYSI-2): Language Translations*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Guilliams, T. G., & Edwards, L. (2010). Chronic stress and the HPA axis. *The Standard* (2), 1-12.
- Habetha, S., Bleich, S., Sievers, C., Marschall, U., Weidenhammer, J., & Fegert, J. M. (2012). *Kein Kind mehr - kein(e) Trauma(kosten) mehr?* Kiel: Schmidt & Klaunig.
- Hachtel, H., Jenkel, N., Boonmann, C., Schmeck, K., Graf, M., Fegert, J. M., & Schmid, M. (submitted). Stability and change of psychopathic traits in adolescents placed in youth welfare and juvenile justice institutions.
- Harris, M., & Fallot, R. D. (1990). *Using Trauma Theory to Design Service Systems: New Directions for Mental Health Services, Number 89*. Hoboken: Wiley.
- Hart, A. (2006). Die alltäglichen kleinen Wunder - Bindungsorientierte Therapie zur Förderung der psychischen Widerstandsfähigkeit (Resilienz) von Pflege- und Adoptivkindern. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Eds.), *Kinder ohne Bindung* (pp. 190-222). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hattie, J. A. C. (2009). *Visible Learning: A Synthesis of Over 800 Meta-Analyses Relating to Achievement*. London: Routledge.

- Hawes, D. J., Price, M. J., & Dadds, M. R. (2014). Callous-Unemotional Traits and the Treatment of Conduct Problems in Childhood and Adolescence: A Comprehensive Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(3), 248-267.
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [White paper]. Retrieved from <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Hechter, O., Grossman, A., & Chatterton, R. T. (1997). Relationship of dehydroepiandrosterone and cortisol in disease. *Medical Hypotheses*, 49(1), 85-91.
- Heinemann, A., & Hopf, H. (2010). *Psychoanalytische Pädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer
- Herpertz, S. (2009). Neurobiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In J. Müller (Ed.), *Neurobiologie forensisch relevanter Störungen* (pp. 341-351). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hobbs, G. F., Hobbs, C. J., & Wynne, J. M. (1999). Abuse of children in foster and residential care. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1239-1252.
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., & Cuniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 723-732.
- König, E., Hoffmann, U., Liebhardt, H., Michi, E., Niehues, J., & Fegert, J. M. (2015). Ergebnisse der Evaluation Online-Kurs zur Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch des Online-Kurses „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“. In J. M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues, & H. Liebhardt (Eds.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen* (pp. 15-24): Springer Berlin Heidelberg.
- Hoffmann, U., König, E., Niehues, J., Seitz, A., Fegert, J. M., & Liebhardt, H. (2013). Onlinekurs "Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch": Erste Erfahrungen und Forschungsergebnisse. *Nervenheilkunde*, 32(11), 856-865.
- Houben, A., Frigge, C., Trinczek, R., & Pongratz, H. (2007). *Veränderungen erfolgreich gestalten: Repräsentative Untersuchung über Erfolg und Misserfolg im Veränderungsmanagement - Die wichtigsten Ergebnisse*.
- Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1*. Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2*. Paderborn: Junfermann.
- Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B., Friedrich, M., & Steiner, H. (2011). Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(3), 307-319.
- In-Albon, T., & Schmid, M. (2012). Selbstverletzendes Verhalten im Kindes- und Jugendalter. In G. Meinlschmidt, S. Schneider, & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Materialien für die Psychotherapie* (Vol. 4, pp. 769-782). Berlin: Springer.
- Jäckle, M. (2016). Schulische Bildungspraxis für vulnerable Kinder und Jugendliche. In W. Weiss, T. Kessler, & S. B. Gahleitner (Eds.), *Handbuch Traumapädagogik* (pp. 154-164). Weinheim: Beltz.
- Jaffee, S., Caspi, A., Moffitt, T. E., Belsky, J., & Silva, P. (2001). Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a 20-year longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 13(2), 377-397.
- Jakobsen, M., Demott, M. A., & Heir, T. (2014). Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10, 53-58.
- James, S., Thompson, R., Sternberg, N., Schnur, E., Ross, J., Butler, L., . . . Muirhead, J. (2015). Attitudes, Perceptions, and Utilization of Evidence-Based Practices in Residential Care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 32(2), 144-166.
- James, S., Alemi, Q., & Zepeda, V. (2013). Effectiveness and implementation of evidence-based practices in residential care settings. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 642-656.
- Jaritz, C., Wiesinger, D., & Schmid, M. (2008). Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. *Trauma & Gewalt*, 2(4), 266-277.

- Jeckel, M., Lopes, R. P., Berleze, M. C., Luz, C., Feix, L., Argimon, I., ... & Bauer, M. E. (2009). Neuroendocrine and immunological correlates of chronic stress in 'strictly healthy' populations. *Neuroimmunomodulation*, 17(1), 9-18.
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: a review. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 36-47.
- Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., . . . Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 380(9845), 899-907.
- Joraschky, P., & Pohlmann, K. (2005). Die Auswirkungen von Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung auf Selbstwert und Körperbild. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann, & P. Joraschky (Eds.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (3 ed., pp. 194-207). Stuttgart: Schattauer.
- Jung, K., & Steil, R. (2012). The feeling of being contaminated in adult survivors of childhood sexual abuse and its treatment via a two-session program of cognitive restructuring and imagery modification: A case study. *Behavior Modification*, 36(1), 125-137.
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 265-272.
- Kagan, R., & Spinazzola, J. (2013). Real Life Heroes in Residential Treatment: Implementation of an Integrated Model of Trauma and Resiliency-Focused Treatment for Children and Adolescents with Complex PTSD. *Journal of Family Violence*, 28(7), 705-715.
- Kappler, M. (2014). Einen sicheren Ort in Krisensituationen schaffen - am Beispiel von Gewalt gegen Betreuungspersonen *EREV-Schriftenreihe: Traumapädagogik und ihre Bedeutung für pädagogische Einrichtungen. Ein Projekt des Universitätsklinikums Ulm mit dem CJD e. V.* Hannover: SchöneworthVerlag.
- Kärcher, A., Lindlacher, M., Romer, R., & Schneider-Arnoldi, W. (2012). "Sichere Orte schaffen" - ein Qualifikationsprojekt des SOS-Kinderdorf-Vereins zur Betreuung psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher in stationären Erziehungshilfen. In M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch, & S. Schlüter-Müller (Eds.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (pp. 227-243). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kazak, A. E., Boeving, C. A., Alderfer, M. A., Hwang, W. T., & Reilly, A. (2005). Posttraumatic stress symptoms during treatment in parents of children with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(30), 7405-7410.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., . . . Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5)
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated and nonmaltreated children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(1), 106-117.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2004). A longitudinal study of child maltreatment, mother-child relationship quality and maladjustment: the role of self-esteem and social competence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 341-354.
- Kind, N., Döhlitzsch, C., Fischer, S., Steinlin, C., Breymaier, B., & Schmid, M. (2014). *The Relation between Reporting Discrepancies of Psychopathology and Childhood Maltreatment Experiences*. Paper presented at the EFCAP 2014 Congress, Manchester.
- Kisiel, C. L., Fehrenbach, T., Torgersen, E., Stolbach, B., McClelland, G., Griffin, G., & Burkman, K. (2014). Constellations of Interpersonal Trauma and Symptoms in Child Welfare: Implications for a Developmental Trauma Framework. *Journal of Family Violence*, 29(1), 1-14. doi:10.1007/s10896-013-9559-0
- Klassen, R. M., & Chiu, M. M. (2010). Effects on teachers' self-efficacy and job satisfaction: Teacher gender, years of experience, and job stress. *Journal of Educational Psychology*, 102(3), 741.
- Klein, S., Wawrok, S., & Fegert, J. M. (1999). Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48(7), 497-513

- Klein, S., Wawrok, S., & Fegert, J. M. (1999). Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48(7), 497-513.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy*, 13(5), 638-650.
- Kleindienst, N., Limberger, M. F., Ebner-Priemer, U. W., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., . . . Bohus, M. (2011). Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral therapy in female patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 432-447.
- Klossika, I., Flor, H., Kamping, S., Bleichhardt, G., Trautmann, N., Treede, R. D., . . . Schmahl, C. (2006). Emotional modulation of pain: a clinical perspective. *Pain*, 124(3), 264-268.
- Korczak, J. (2002). *Wie liebt man ein Kind: Das Kind in der Familie*. Gütersloh: GTB 941.
- Korczak, J. (2014). *Wie man ein Kind lieben soll* (16 ed.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Krausz, M., Strehlau, V., Schutz, C., & Torchalla, I. (2013). Early traumas among individuals living in homelessness and poverty. *Trauma & Gewalt*, 7(4), 290-300.
- Krautkrämer-Oberhoff, M., Klein, J., & Macsenaere, M. (2014). Schulungsprojekt Traumapädagogik als Antwort auf Traumafolgestörungen bei untergebrachten Jungen und Mädchen: Die St. Mauritz KJH Münster macht sich auf den Weg. *unsere jugend*, 66(1), 19-32.JN
- Kreppner, J. M., O'Connor, T. G., & Rutter, M. (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 513-528.
- Krischer, M. K., & Sevecke, K. (2008). Early traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(3), 253-262.
- Kroboth, P. D., Salek, F. S., Pittenger, A. L., Fabian, T. J., & Frye, R. F. (1999). DHEA and DHEA-S: a review. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 39(4), 327-348.
- Krüsmann, M., Karl, R., Schmelzer, M., Müller-Cyran, A., Hagl, M., & Butollo, W. (2006). Zur Prävention einsatzbedingter Erkrankungen. In B. Lueger-Schuster, M. Krüsmann, & K. Purtscher (Eds.), *Psychosoziale Hilfe bei Katastrophen und komplexen Schadenslagen* (pp. 213-228). Wien: Springer.
- Krysinska, K., & Lester, D. (2010). Post-Traumatic Stress Disorder and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 1-23.
- Kühn, M. (2014). Traumapädagogik - von einer Graswurzelbewegung zur Fachdisziplin. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 19-26). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kühn, M. (2009). "Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!" Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiss (Eds.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (pp. 23-35). Weinheim: Juventa.
- Kühn, M. (2009). Traumapädagogik und Partizipation. Zur entwicklungslogischen, fördernden und heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiss (Eds.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (pp. 127-136). Weinheim: Juventa.
- Landolt, M. A., Vollrath, M. E., Gnehm, H. E., & Sennhauser, F. H. (2009). Post-traumatic stress impacts on quality of life in children after road traffic accidents: prospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(8), 746-753.
- Landolt, M., & Hensel, T. (2012). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (2 ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Lang, B. (2009). Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn, & W. Weiss (Eds.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (pp. 211-219). Weinheim: Juventa.
- Lang, B., & Schmid, M. (2014). "Hätt ich das doch nur schon früher gewusst" - Der Schulungsprozess. In Evangelischer Erziehungsbund (Ed.), *EREV-Schriftenreihe: Traumapädagogik und ihre Bedeutung für pädagogische Einrichtungen. Ein Projekt des Universitätsklinikums Ulm mit dem CJD e. V.* (Vol. 6, pp. 60-86). Hannover: SchöneworthVerlag.

- Lang, B., Schirmer, C., de Hair, I. A., Wahle, T., Lang, T., Stolz, A., . . . Bausum, J. (2011). Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik. Gnarrenburg: BAG Traumapädagogik.
- Lang, B., Schirmer, C., Lang, T., Andreae de Hair, I., Wahle, T., Bausum, J., . . . Schmid, M. (2013). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lang, B., Wiesinger, D., & Schmid, M. (2009). Die milieuthérapeutische Praxis - Das traumapädagogische Konzept der Wohngruppe „Greccio“ in der Umsetzung. *Trauma & Gewalt*, 3(2), 106-116.
- Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: a review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence & Abuse*, 12(1), 23-37.
- Lattschar, B., & Wiemann, I. (2011). *Mädchen und Jungen entdecken ihre Geschichte* (3 ed.). Weinheim: Juventa.
- Leenarts, L. E. W., Döhlitzsch, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., Grisso, T., & Schmid, M. (2016). Relationship between Massachusetts Youth Screening Instrument-second version and psychiatric disorders in youths in welfare and juvenile justice institutions in Switzerland. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-12. doi:10.1186/s12888-016-1032-1
- Leeners, J., Bässler, M., & Schmid, M. (2013). Management von grenzverletzendem Verhalten in sozialpädagogischen Institutionen für Kinder und Jugendliche: Der Bündner Standard. *Zeitschrift für Heilpädagogik*(6), 237-248.
- Lennartsson, A. K., Theorell, T., Kushnir, M. M., Bergquist, J., & Jonsdottir, I. H. (2013). Perceived stress at work is associated with attenuated DHEA-S response during acute psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1650-1657.
- Levine, P. A. (2012). *Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt* (3 ed.). München: Kösel.
- Levine, P. A., & Kline, M. (2005). *Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können*. München: Kösel.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300(13), 1551-1565.
- Liebhardt, H. (2015). Beschwerdesysteme Beschwerdesystem als integraler Bestandteil eines institutionellen Qualitätsmanagements In J. M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues, & H. Liebhardt (Eds.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich* (pp. 299-306). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472-486.
- Lohmer, M. (2002). *Borderline-Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Ludäscher, P., Bohus, M., Lieb, K., Philipsen, A., Jochims, A., & Schmahl, C. (2007). Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 291-296.
- Maercker, A., & Karl, A. (2003). Lifespan-developmental differences in physiologic reactivity to loud tones in trauma victims: a pilot study. *Psychological Reports*, 93(3 Pt 1), 941-948.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., . . . Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683-1685. doi:10.1016/S0140-6736(12)62191-6
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., . . . Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206.
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturlauswertung*. Berlin: Springer.

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory. Manual* (2 ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Masten, A. (2014). Invited Commentary: Resilience and Positive Youth Development Frameworks in Developmental Science. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(6), 1018-1024.
- Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, 85(1), 6-20.
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. New York, NY: Guilford Press; US.
- Masten, C. L., Guyer, A. E., Hodgdon, H. B., McClure, E. B., Charney, D. S., Ernst, M., . . . Monk, C. S. (2008). Recognition of facial emotions among maltreated children with high rates of post-traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 32(1), 139-153.
- Mayring, P., & Gahleitner, S. B. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In K. Bock & I. Miethe (Eds.), *Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (pp. 295-304). Opladen: Budrich.
- Mayring, Philipp & Gahleitner, Silke Birgitta (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In Karin Bock & Ingrid Miethe (Hrsg.), *Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 295-304). Opladen: Budrich.
- Merluzzi, T. V., Philip, E. J., Vachon, D. O., & Heitzmann, C. A. (2011). Assessment of self-efficacy for caregiving: the critical role of self-care in caregiver stress and burden. *Palliat Support Care*, 9(1), 15-24.
- Miller, G. E., Chen, E., & Zhou, E. S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological bulletin*, 133(1), 25.
- Minnis, H., Rabe-Hesketh, S., & Wolkind, S. (2002). Development of a brief, clinically relevant, scale for measuring attachment disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11(2), 90-98.
- Moffitt, T. E., & The Klaus-Grawe 2012 Think Tank. (2013). Childhood exposure to violence and lifelong health: clinical intervention science and stress-biology research join forces. *Development and Psychopathology*, 25(4 Pt 2), 1619-1634.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., . . . Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(7), 2693-2698.
- Möhrle, B., Dölitzsch, C., Fegert, J. M., & Keller, F. (2016). Verhaltensauffälligkeiten und Lebensqualität bei männlichen unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Jugendhilfeeinrichtungen in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung*, 25(4), 204-215.
- Möhrlein, G., & Hoffart, E.-M. (2014). Traumapädagogische Konzepte in der Schule. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 91-102). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Morgan, C. A., Rasmusson, A., Pietrzak, R. H., Coric, V., & Southwick, S. M. (2009). Relationships among plasma dehydroepiandrosterone and dehydroepiandrosterone sulfate, cortisol, symptoms of dissociation, and objective performance in humans exposed to underwater navigation stress. *Biological psychiatry*, 66(4), 334-340.
- Müller, U., Schröttle, M., Glammeier, S., & Oppenheimer, C. (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland: Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Najavits, L. M. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch: Das Therapieprogramm "Sicherheit finden"* (I. Schäfer & M. Stubenvoll, Trans.). Göttingen: Hogrefe.
- Nurrie Stearns, M., & Nurrie Stearns, R. (2013). *Yoga for Emotional Trauma: Meditations and Practices for Healing Pain and Suffering* Oakland: New Harbinger Publications.
- OECD. (2014). *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz. Bericht im Rahmen des zweiten mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP2-IV)* (Vol. 12/13). Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft / Eidgenössisches Departement des Innern EDI.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2010). *Trauma und Körper. Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn: Junfermann.
- Opp, G., & Unger, N. (2006). *Kinder stärken Kinder. Positive Peer Culture in der Praxis*. Hamburg: körper edition.

- Oswald, S. H., & Goldbeck, L. (2009). Traumatisierung und psychische Auffälligkeiten bei Pflegekindern. *Trauma & Gewalt, 3*(4), 304-314.
- Ouyang, L., Fang, X., Mercy, J., Perou, R., & Grosse, S. D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *The Journal of Pediatrics, 153*(6), 851-856.
- Overkamp, B. (2002). Erfolgreiche Diagnostik dissoziativer Symptome und Störungen. In U. Sachsse, Ö. Özkan, & A. Streeck-Fischer (Eds.), *Traumatherapie - Was ist erfolgreich?* (pp. 13-27). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy, 13*(5), 638-650.
- Pavao, J., Turchik, J. A., Hyun, J. K., Karpenko, J., Saweikis, M., McCutcheon, S., . . . Kimerling, R. (2013). Military sexual trauma among homeless veterans. *Journal of General Internal Medicine, 28*(Suppl 2), S536-S541.
- Pears, K. C., & Fisher, P. A. (2005). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: evidence of deficits. *Development and Psychopathology, 17*(1), 47-65.
- Pears, K. C., & Moses, L. J. (2003). Demographics, parenting, and theory of mind in preschool children. *Social Development, 12*(1), 1-20.
- Pérez, T., Di Gallo, A., Schmeck, K., & Schmid, M. (2011). Zusammenhang zwischen interpersoneller Traumatisierung, auffälligem Bindungsverhalten und psychischer Belastung bei Pflegekindern. *Kindheit und Entwicklung, 20*(2), 72-82.
- Plattner, B., Silvermann, M. A., Redlich, A. D., Carrion, V. G., Feucht, M., Friedrich, M. H., & Steiner, H. (2003). Pathways to dissociation: intrafamilial versus extrafamilial trauma in juvenile delinquents. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(12), 781-788.
- Plattner, B., Steiner, H., The, S. S., Kraemer, H. C., Bauer, S. M., Kindler, J., . . . Feucht, M. (2009). Sex-specific predictors of criminal recidivism in a representative sample of incarcerated youth. *Comprehensive Psychiatry, 50*(5), 400-407.
- Polnay, L., Glaser, A. W., & Dewhurst, T. (1997). Children in residential care; what cost? *Archives of Disease in Childhood, 77*(5), 394-395.
- Pond, A., & Spinazzola, J. (2013). Editorial introduction: Residential services for children and adolescents impacted by family violence and trauma. *Journal of Family Violence, 28*(7), 635-638.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2015). *Der Kreis der Sicherheit. Die klinische Nutzung der Bindungstheorie*. Lichtenau: G. P. Probst Verlag.
- Priebe, K., Stiglmayr, C., & Schmahl, C. (2013). *Dissoziation. Theorie und Therapie. Dissociation - Theory and therapy*. Berlin: Springer.
- Projekt Stattknast Berlin. Poster Zugriff über <http://www.stattknast.de/index.php?siebdrucke>
- Raison, C. L., & Miller, A. H. (2003). When not enough is too much: the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. *American Journal of Psychiatry, 160*(9), 1554-1565.
- Rauber, R., Weizenegger, B., Schmeck, K., & Schmid, M. (2012). Was denken Jugendliche über Selbstverletzung? Unterschiede zwischen betroffenen und nicht betroffenen Jugendlichen in einer Basler Schulstichprobe. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 61*(7), 477-496.
- Ray, J. V., & Jones, S. (2011). Self-reported psychopathic traits and their relation to intentions to engage in environmental offending. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 55*(3), 370-391.
- Ray, J. V., Frick, P. J., Thornton, L. C., Steinberg, L., & Cauffman, E. (2016). Positive and Negative Item Wording and Its Influence on the Assessment of Callous-Unemotional Traits. *Psychological Assessment, 28*(4), 394-404.
- Redl, F. (1971). *Erziehung schwieriger Kinder*. München: Piper.

- Riedel, B. (2008). Das Personal in Kindertageseinrichtungen : Entwicklungen und Herausforderungen (pp. 171-202). München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Deutsches Jugendinstitut. Beteiligt: Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik.
- Ritscher, W. (2005). *Systemische Kinder- und Jugendhilfe: Anregungen für die Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Rotenberg, K. J. (2012). *Interpersonal Trust During Childhood and Adolescence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Rothschild, B. (2011). *Trauma essentials: The go-to guide*. New York, NY: W W Norton & Co; US.
- Rubin, K. H., Dwyer, K. M., Booth-LaForce, C., Kim, A. H., Burgess, K. B., & Rose-Krasnor, L. (2004). Attachment, Friendship, and Psychosocial Functioning in Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 24(4), 326-356.
- Rutter, M. (2007). Gene-environment interdependence. *Developmental Science*, 10(1), 12-18.
- Ryan, J. P., & Testa, M. F. (2005). Child maltreatment and juvenile delinquency: Investigating the role of placement and placement instability. *Children and Youth Services Review*, 27(3), 227-249.
- Ryan, T., & Walker, R. (1997). *Wo gehöre ich hin? Biografiearbeit mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 71-90.
- Schäfer, I., Schulze, C., & Stubenvoll, M. (2011). Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen und Posttraumatischer Belastungsstörung. *Sucht*, 57(5), 353-361.
- Scheller, L. (2013). Work, affects, transference activity. *Activites*, 10(2), 249-260.
- Scheller, M. (2011). *Fachkräftemangel in der stationären Jugendhilfe*. München: GRIN Verlag.
- Schindler, H. (1999). *Un-heimliches Heim* (2 ed.). Dortmund: Verlag Modernes Leben.
- Schmid M. (2010). "Traumasensibilität" und "Traumapädagogik" in Fegert, J. M., Ziegenhain, U., & Goldbeck, L. (2010). Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Weinheim: Juventa. S.36-61
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. (2008). Children and Adolescents in German Youth Welfare Institutions - A Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy Perspective. *European Psychiatric Review*, 1(2), 10-12.
- Schmid, M. (2008). Psychische Belastung und aggressives Verhalten an Schulen für Erziehungshilfe. In E. E. e. V. (EREV) (Ed.), *Schule für Erziehungshilfe: "Vielfalt statt Einfalt". DIE Chance für das förderungsbedürftige Kind. Schriftenreihe 3/2008* (Vol. 49, pp. 13-20). Hannover: SchöneworthVerlag.
- Schmid, M. (2012). Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Kontext der stationären Jugendhilfe. In M. A. Landolt & T. Hensel (Eds.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (2 ed., pp. 404-440). Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, M. (2013). Komplexe Traumatisierung und deren Auswirkungen auf die implizite und explizite Emotionsregulation. In T. In-Albon (Ed.), *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen, Forschung und Behandlungsansätze* (pp. 170-198). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmid, M. (2013). Psychisch belastete Kinder in der Heimerziehung eine kooperative Herausforderung. In Integras (Ed.), *Leitfaden Fremdplatzierung* (pp. 142-160). Zürich: Integras.
- Schmid, M. (2013). Traumafolgestörungen und deren Auswirkungen auf die implizite und explizite Emotionsregulation. In T. In-Albon (Ed.), *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen, Forschung und Behandlungsansätze* (pp. 170-198). Stuttgart: Kohlhammer.

- Schmid, M. (2013). Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (pp. 56-82). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, M. (2016). Entwicklungspsychopathologische Grundlagen - Auswirkungen von komplexen Traumafolgestörungen auf die pädagogische Begleitung von Menschen. Modul 1. Lerneinheit 1. . In U. Ziegenhain, A.-L. Hulbert, K. Henn, & M. Schmid (Eds.), E-Learning Kinderschutz. Ulm: Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. Retrieved from <https://traumapaedagogik.elearning-kinderschutz.de/>.
- Schmid, M. (2016). Grundlagen und Haltung der Traumapädagogik. Modul 1. Lerneinheit 2. . In U. Ziegenhain, A.-L. Hulbert, K. Henn, & M. Schmid (Eds.), E-Learning Kinderschutz. Ulm: Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. Retrieved from <https://traumapaedagogik.elearning-kinderschutz.de/>. Schmid, M. (2016). *Ist die Seele eines Kindes messbar? - Nutzen von psychometrischen Testverfahren in sozialpädagogischen Settings*. Paper presented at the Integras-Fortbildungstagung, Brunnen.
- Schmid, M. (2016). Nutzen der traumapädagogischen Haltungen. Konzepte für ethische Fragestellungen im pädagogischen Alltag. In W. Weiss, T. Kessler, & S. B. Gahleitner (Eds.), *Handbuch Traumapädagogik* (pp. 80-92). Weinheim: Beltz.
- Schmid, M. (2016). Traumapädagogische Überlegungen zur Zusammenarbeit mit dem Herkunftssystem. Modul 4. Lerneinheit 4. . In U. Ziegenhain, A.-L. Hulbert, K. Henn, & M. Schmid (Eds.), E-Learning Kinderschutz. Ulm: Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. Retrieved from <https://traumapaedagogik.elearning-kinderschutz.de/>.
- Schmid, M. (2017). Selbstverletzendes Verhalten und Borderline-Persönlichkeitsstörungen - die ultimative Herausforderung für die Kooperation zwischen Jugendhilfe und kinder- und jugendpsychiatrischen/psychotherapeutischen Angeboten. unsere jugend
- Schmid, M., & Fegert, J. M. (2015). Grenzverletzungen an sozialpädagogischen Fachkräften. *Trauma & Gewalt*, 9(1).
- Schmid, M., & Fegert, J. M. (2015). Traumasensibilität und Traumapädagogik in der stationären Jugendhilfe. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, & A. Maercker (Eds.), *Handbuch Psychotraumatologie* (2 ed., pp. 489-515). Stuttgart, d: Klett-Cotta.
- Schmid, M., & Fegert, J. M. (2015). Zur Rekonstruktion des "sicheren Ortes". Zum traumapädagogischen Umgang mit Grenzverletzungen in (teil-)stationären Settings. In J. M. Fegert & M. Wolff (Eds.), *Kompendium "Sexueller Missbrauch in Institutionen". Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention* (pp. 531-600). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, M., & Lang, B. (2012). Was ist das Innovative und Neue an einer Traumapädagogik? In M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch, & S. Schlüter-Müller (Eds.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (pp. 337-351). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., & Lang, B. (2013). Überlegungen zum traumapädagogischen Umgang mit Regeln. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (pp. 280-308). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, M., & Lang, B. (2015). Die traumapädagogische Interaktionsanalyse als Mittel der Fallreflexion. *Trauma & Gewalt*, 9(1), 48-65.
- Schmid, M., & Puk, C. (2005). Ressourcenorientiertes Gruppentraining für Eltern von Kindern mit hyperkinetischen und oppositionellen Verhaltensauffälligkeiten. *Kontext - Zeitschrift für Familientherapie und systemische Therapie*, 36, 56-77.
- Schmid, M., & Ziegenhain, U. (2016). Gute Gründe für den Einsatz von traumapädagogischen Konzepten in verschiedenen psychosozialen Handlungsfeldern. Modul 1. Lerneinheit 3. . In U. Ziegenhain, A.-L. Hulbert, K. Henn, & M. Schmid (Eds.), E-Learning Kinderschutz. Ulm: Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. Retrieved from <https://traumapaedagogik.elearning-kinderschutz.de/>. Retrieved from <https://traumapaedagogik.elearning-kinderschutz.de/>

- Schmid, M., Dölitzsch, C., Pérez, T., Jenkel, N., Schmeck, K., Kölch, M., & Fegert, J. M. (2014). Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung – welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten? *Kindheit und Entwicklung*, 23(3), 161-173.
- Schmid, M., Fegert, J. M., & Opp, G. (2012). Schule als besondere Herausforderung für psychisch belastete Kinder und Jugendliche - Sozialpädagogische und kinder- und jugendpsychiatrische/psychotherapeutische Überlegungen. In M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch, & S. Schlüter-Müller (Eds.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (pp. 457-472). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., Fegert, J. M., & Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*, 19(1), 47-63.
- Schmid, M., Fegert, J. M., Schmeck, K., & Kölch, M. (2007). Psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in Schulen für Erziehungshilfe. *Zeitschrift für Heilpädagogik*(08), 282-290.
- Schmid, M., Höger, C., Specht, F., & Becker, T. (2009). Psychosoziale Hilfssysteme für Adoleszente mit psychischen Erkrankungen. In J. M. Fegert, A. Streeck-Fischer, & G. Freyberger (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz* (pp. 824-842). Stuttgart Schattauer.
- Schmid, M., Kaiser, U., & Ziegenhain, U. (2014). Traumapädagogik und ihre Bedeutung für pädagogische Einrichtungen. Hannover: SchöneworthVerlag.
- Schmid, M., Kölch, M., Fegert, J. M., Schmeck, K., & MAZ.-Team. (2013). Abschlussbericht Modellversuch Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen. Zugriff unter: <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/sicherheit/smv/modellversuche/evaluationsberichte/maz-schlussbericht-d.pdf>
- Schmid, M., Lang, B., Gahleitner, S. B., Weiss, W., & Kühn, M. (2010). Trauma - ein psychosoziales Geschehen: Die Bedeutung traumapädagogischer Konzepte für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Eds.), *Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3* (pp. 238-249). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schmid, M., Lang, B., Weber, J., Künster, A., Dölitzsch, C. (2012). Fragebogen zur traumapädagogischen Arbeitszufriedenheit.
- Schmid, M., Pérez, T., Schröder, M., & Gassmann, Y. (2014). Möglichkeiten der traumasensiblen/-pädagogischen Unterstützung. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 118-132). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., Purtscher, K., & Stellermann-Strehlow, K. (2014). Traumasensibilität und traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 174-191). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., Schröder, M., & Jenkel, N. (2012). Traumatisierte Kinder zwischen Psychotherapie und stationärer Jugendhilfe - gemeinsame Falldefinition und Hilfeplanung anhand von EQUALS. In S. B. Gahleitner & H. G. Homfeldt (Eds.), *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (pp. 133-158). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, M., Schröder, M., & Jenkel, N. (2012). Traumatisierte Kinder zwischen Psychotherapie und stationärer Jugendhilfe - gemeinsame Falldefinition und Hilfeplanung anhand von EQUALS. In S. B. Gahleitner & H. G. Homfeldt (Eds.), *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (pp. 133-158). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, M., Schröder, M., & Jenkel, N. (2012). Traumatisierte Kinder zwischen Psychotherapie und stationärer Jugendhilfe - gemeinsame Falldefinition und Hilfeplanung anhand von EQUALS. In S. B. Gahleitner & H. G. Homfeldt (Eds.), *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (pp. 133-158). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, M., Wiesinger, D., Keller, F., & Fegert, J. M. (2009). Individuumsbezogene Evaluation eines traumapädagogischen Konzeptes in einer stationären Wohngruppe. Zeitreihenanalysen von kontinuierlichen Befindlichkeitsmessungen. *Trauma & Gewalt*, 3(2), 118-133.

- Schmid, M., Wiesinger, D., Lang, B., Jaszkowic, K., & Fegert, J. M. (2007). Brauchen wir eine Traumapädagogik? - Ein Plädoyer für die Entwicklung und Evaluation von traumapädagogischen Handlungskonzepten in der stationären Jugendhilfe. *Kontext - Zeitschrift für Familientherapie und systemische Therapie*, 38(4), 333-357.
- Schoch, J. (1989). Heimerziehung als Durchgangsberuf? Eine theoretische und empirische Studie zur Personalfluktuation in der Heimerziehung. Weinheim: Juventa.
- Schröder, M., Pérez, T., Buderer, C., & Schmid, M. (2017). Bindungsauffälligkeiten und psychische Belastung bei Kindern aus der Pflegekinderhilfe und Heimerziehung. *Kindheit und Entwicklung*, 26(2), 118-126.
- Schröder, M., & Lang, B. (2016). Resilienzförderung. Modul 2. Lerneinheit 1. . In U. Ziegenhain, A.-L. Hulbert, K. Henn, & M. Schmid (Eds.), *E-Learning Kinderschutz*. Ulm: Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. Retrieved from <https://traumapaedagogik.elearning-kinderschutz.de/>.
- Schröttle, M., & Ansoerge, N. (2008). *Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.
- Schulz von Thun, F. (1981). *Miteinander reden 1 - Störungen und Klärungen*. Reinbek: Rowohlt
- Schulz von Thun, F. (1989). *Miteinander reden 2 - Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung* (25 ed.). Reinbek: Rowohlt.
- Schulz von Thun, F. (1998). *Miteinander reden 3 - Inneres Team und situationsgerechte Kommunikation* (14 ed.). Reinbek: Rowohlt.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Eds.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schweitzer, J., Nicolai, E., & Hirschenberger, N. (2005). *Wenn Krankenhäuser Stimmen hören - Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Seligman, M. E. P., & Rockstroh, B. (2000). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz.
- Sell, S., & Kersting, A. (2010). *Gibt es einen (drohenden) Fachkräftemangel im System der Kindertagesbetreuung in Rheinland-Pfalz? Eine empirische Untersuchung zum Personalbedarf in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege*. Remagen: ibus-Verlag.
- Seng, J. S., Graham-Bermann, S. A., Clark, M. K., McCarthy, A. M., & Ronis, D. L. (2005). Posttraumatic stress disorder and physical comorbidity among female children and adolescents: results from service-use data. *Pediatrics*, 116(6), e767-776.
- Spier, S. (2011). Der Fachkräftemangel in der Kinder- und Jugendhilfe. *Jugendhilfe*, 49(3), 174-176.
- Stadlin, C., Pérez, T., Schmeck, K., Di Gallo, A., & Schmid, M. (2016). Konstruktvalidität und Faktorenstruktur des deutschsprachigen Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) in einer repräsentativen Schulstichprobe. *Diagnostica*, 62(2), 85-96.
- Staufenbiel, S. M., Penninx, B. W., Spijker, A. T., Elzinga, B. M., & van Rossum, E. F. C. (2013). Hair cortisol, stress exposure, and mental health in humans: a systematic review. *Psychoneuroendocrinology*, 38(8), 1220-1235.
- Steil, R., Krueger, A., Dyer, A., Priebe, K., Feldmann, R. E., Jr., & Bohus, M. (2010). DBT-PTSD - Dialektisch Behaviorale Therapie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung mit schwerer Störung der Emotionsregulation nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend. *Trauma & Gewalt*, 4(2), 106-117.
- Steinlin, C., & Schmid, M. (2014). Traumasensibilität und traumapädagogische Haltung in der forensischen Psychiatrie. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 192-209). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Stevens, S. E., Sonuga-Barke, E. J. S., Kreppner, J. M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., . . . Rutter, M. (2008). Inattention/Overactivity Following Early Severe Institutional Deprivation: Presentation and Associations in Early Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 385-398.
- Streit, U., Nantke, S., & Jansen, F. (2014). Unterschiede in der Qualität des Körper- und Blickkontakts bei Säuglingen mit und ohne Regulationsstörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42(6), 389-396.
- Stucki, C., & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung - Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten. *Psychotherapeut*, 52(1), 16-23.
- Tagay, S., Düllmann, S., Hermanns, E., & Senf, W. (2007). Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ). Duisburg: Universität Duisburg-Essen: Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
- Talbot, J., Talbot, N., & Tu, X. (2004). Shame-Proneness as a Diathesis for Dissociation in Women with Histories of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 445-448.
- Taylor, E. (2014). Commentary: Do clinicians need health economics?—A commentary on Beecham (2014). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(6), 733-735.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1114-1133.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment. *The American Journal of Psychiatry*, 163(6), 993-1000.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- Thommessen, S., Laghi, F., Cerrone, C., Baiocco, R., & Todd, B. (2013). Internalizing and externalizing symptoms among unaccompanied refugee and Italian adolescents. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 7-10.
- Tornow, H. (2011). Einflüsse auf die Abbrüche in der stationären Erziehungshilfe. In Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV) (Ed.), *Schriftenreihe 2/2011: Professionalität trotz(t) Krise* (pp. 51-60). Hannover: SchöneworthVerlag.
- Tschannen-Moran, M., & Woolfolk Hoy, A. (2007). The differential antecedents of self-efficacy beliefs of novice and experienced teachers. *Teaching and Teacher Education*, 23, 944-956.
- Tschannen-Moran, M., & Hoy, A. W. (2007). The differential antecedents of self-efficacy beliefs of novice and experienced teachers. *Teaching and Teacher Education*, 23(6), 944-956.
- Tuulikki Kultalahti, T., & Rosner, R. (2008). Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I. *Kindheit und Entwicklung*, 17(4), 210-218.
- Tyson, P., & Tyson, R. (1990). *Psychoanalytic theories of development*. New Haven: Yale University Press.
- Urban, S., Pihet, S., Graap, C., Baier, V., Dyson, C., Courousse, S., & Holzer, L. (2015). Clinical Utility of the 2 New Scales of the Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA): A Naturalistic, Prospective Study in a Psychiatric Unit for Adolescents. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(3), 232-240.
- Urban, S., Pihet, S., Graap, C., Baier, V., Dyson, C., Courousse, S., & Holzer, L. (2015). Clinical Utility of the 2 New Scales of the Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA): A Naturalistic, Prospective Study in a Psychiatric Unit for Adolescents. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(3), 232-240.
- van Andel, H. W., Jansen, L. M., Grietens, H., Knorth, E. J., & van der Gaag, R. J. (2014). Salivary cortisol: A possible biomarker in evaluating stress and effects of interventions in young foster children? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(1), 3-12.

- van der Kolk, A., Bouwmans, C. A., Schawo, S. J., Buitelaar, J. K., van Agthoven, M., & Hakkaart-van Roijen, L. (2015). Association between societal costs and treatment response in children and adolescents with ADHD and their parents. A cross-sectional study in the Netherlands. *Springerplus*, 4, 224.
- Viernickel, S. (2015). Fachkraft-Kind-Relation. In M. Rissmann (Ed.), *Lexikon der Kindheitspädagogik* (pp. 568). Kronach: Carl Link.
- Viernickel, S., & Fuchs-Rechlin, K. (2015). Fachkraft -Kind-Relationen und Gruppengrößen in Kindertageseinrichtungen Grundlagen, Analysen, Berechnungsmodell. In S. Viernickel, K. Fuchs-Rechlin, P. Strehmel, C. Preissing, J. Bense, & G. Haug-Schnabel (Eds.), *Qualität für alle - Wissenschaftlich begründete Standards für die Kindertagesbetreuung*. Freiburg i. B.: Herder.
- Wall, T. D., Frick, P. J., Fanti, K. A., Kimonis, E. R., & Lordos, A. (2016). Factors differentiating callous-unemotional children with and without conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(8), 976-983.
- Wallin, D. J. (2015). *Attachment in Psychotherapy*: Guilford Publications.
- Weidner, J., & Kilb, R. (2011). *Handbuch Konfrontative Pädagogik*. Weinheim: Juventa.
- Weierich, M. R., & Nock, M. K. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 39-44.
- Weiss, W. (1993). *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen* (7 ed.). Weinheim: Juventa.
- Wennig, R. (2000). Potential problems with the interpretation of hair analysis results. *Forensic Science International*, 107, 5-12.
- Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., & Holmes, L. (2014). *Therapeutic Residential Care For Children and Youth - Developing Evidence-Based International Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Widom, C. S. (2012). Trauma, psychopathology, and violence: Causes, consequences, or correlates? *Trauma, psychopathology, and violence: Causes, consequences, or correlates?* New York: Oxford University Press.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 785-796.
- Wiesinger, D., Huck, W., Schmid, M., & Reddemann, U. (2014). Struktur- und Prozessmerkmale traumapädagogischer Arbeit. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 41-58). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wiesinger, D., Lang, B., Jaszkwic, K., & Schmid, M. (2009). Das traumapädagogische Konzept der Wohngruppe "Greccio". *Trauma & Gewalt*, 3(2), 98-104.
- Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert, J. M., & Plener, P. L. (2015). Demand for help and provision of services in the care of unaccompanied refugee minors: A systematic review. *Kindheit und Entwicklung*, 24(4), 209-224.
- Wolters, C. A., & Daugherty, S. G. (2007). Goal structures and teachers' sense of efficacy: Their relation and association to teaching experience and academic level. *Journal of Educational Psychology*, 99, 181-193.
- Woolf, C., Muscara, F., Anderson, V. A., & McCarthy, M. C. (2015). Early traumatic stress responses in parents following a serious illness in their child: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* Aug(Pagination), No Pagination Specified.
- Wustmann, C. (2004). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim: Beltz.
- Wyatt, G. E., & Newcomb, M. (1990). Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 758-767.
- Yates, P., Kramer, T., & Garralda, M. E. (2006). Use of a routine mental health measure in an adolescent secure unit. *The British Journal of Psychiatry*, 188(6), 583-584.

- Young, A. H., Gallagher, P., & Porter, R. J. (2002). Elevation of the cortisol-dehydroepiandrosterone ratio in drug-free depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 159(7),
- Zelechowski, A. D., Sharma, R., Beserra, K., Miguel, J. L., DeMarco, M., & Spinazzola, J. (2013). Traumatized Youth in Residential Treatment Settings: Prevalence, Clinical Presentation, Treatment, and Policy Implications. *Journal of Family Violence*, 28(7), 639-652.
- Zwönitzer, A., Ziegenhain, U., Schmid, M., & Künster, A. K. (2014). Chancen und Stolpersteine bei der Implementierung traumpädagogischer Konzepte im Bereich der stationären Jugendhilfe - Dokumentation eines Implementierungsprozesses. In Evangelischer Erziehungsbund (Ed.), *EREV-Schriftenreihe: Traumpädagogik und ihre Bedeutung für pädagogische Einrichtungen. Ein Projekt des Universitätsklinikums Ulm mit dem CJD e. V.* (Vol. 6, pp. 107-127). Hannover: SchöneworthVerlag.