You'll never walk alone

Ein Kooperationsprojekt von stationärer
Kinder- und Jugendhilfe und
Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Hubertus Adam, Martin Hoffmann (Hrsg.)

Adam, Hubertus; Hoffmann, Martin (Hrsg.):

You'll never walk alone : *Ein Kooperationsprojekt von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*

1. Auflage 2012,

Verlag Ruhiges Bewegen
Johannisberger Str. 33
14197 Berlin

Alle Rechte vorbehalten

Gestaltung und Druck: Winter-Industries GmbH

ISBN 978-3-937483-02-3

Das Projekt wurde gefördert mit Mitteln aus dem Mauerfonds (Fonds nach § 5 des Mauergrundstücksgesetzes) sowie mit Mitteln des Landes Brandenburg vom Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz und dem Ministerium für Bildung, Jugend und Sport.

Projektträger:

MARTIN GROPIUS KRANKEN HAUS
Ein Unternehmen der GLG

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters
Oderbergerstrasse 8
16225 Eberswalde
Tel.: 03334-53 237
E-Mail: kiju@mgkh.de
Prof. Dr. med. habil. H. Adam, Chefarzt

Ruhe in Bewegung
Beratungsgesellschaft für Kommunikation und Kooperation mbH
Johannisberger Str. 33
14197 Berlin
Tel.: 030 - 8270 2325;
Fax: 030 - 8270 2324
E-Mail: buero@ruhe-in-bewegung.de
Dr. M. Hoffmann, Projektleiter

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

unser Sozialsystem verfügt über leistungsfähige und vielfältige Leistungs- und Unterstützungsangebote. Aus Sicht der Betroffenen ist diese ausdifferenzierte Versorgungslandschaft dabei Segen und Fluch zugleich. Segen, weil für eine Vielzahl von Hilfebedarfen spezialisierte Versorgungsangebote existieren. Problematisch dagegen für all diejenigen, deren Hilfebedarf eben nicht genau zu einem der Angebote passt oder die zwischen mehreren Angeboten hin und herwechseln müssen. Hier kommt es oft genug zu Therapieunterbrechungen, Wirkungsverlusten und Beziehungsabbrüchen.

Gerade Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie bedürfen hier besonderer Anstrengungen. Deswegen wiesen bereits im August 1990 die Jugendministerkonferenz und Gesundheitsministerkonferenz in einem gemeinsamen Positionspapier auf die bestehenden Schwierigkeiten im Zusammenwirken beider Hilfesysteme hin und schlugen vor, regionale Besonderheiten, Zuständigkeitsprobleme und auch kontraproduktive Konkurrenz mit einem ganzheitlichen, interdisziplinären Ansatz zu überwinden. Die Gesundheitsministerkonferenz hat dies aktuell in ihrem Beschluss zum Bericht der Arbeitsgruppe Psychiatrie der AOLG zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland vom 27./28. Juni 2012 erneut aufgegriffen und in ihren Handlungsempfehlungen zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung u.a. den Aufbau von Hilfesystem übergreifenden Kooperationsstrukturen durch Übernahme erprobter Modellprojekte sowie erprobter und etablierter Kooperationsstandards und Finanzierungsmodelle vorgeschlagen.

Das Projekt, dessen Ergebnisse auf den folgenden Seiten beschrieben sind, setzt genau dort an. Was 2008 mit einem Vortrag über die „Ulmer Heimkinderstudie“ im Landesjugendamt Brandenburg in Bernau begann, hat sich seitdem beachtlich entwickelt. Ausgehend von der Region Eberswalde sind mittlerweile weitere Kinder- und Jugendpsychiatrien sowie Jugendhilfeeinrichtungen im Lande dem Projekt beigetreten. Eine begleitende Steuerungsgruppe aus Projektträgern, mitwirkenden Einrichtungen, Landesjugendamt sowie Bildungs- und Gesundheitsministerium hat sich etabliert.

Dieser Entwicklungsprozess ist mir ein persönliches Anliegen. Deswegen bin ich froh, dass es uns gelungen ist, für die Projektfinanzierung Mittel aus dem Mauerfonds bereitstellen zu können.

Nun gilt es Bilanz zu ziehen. Ohne Frage, es wurde einiges geleistet und erreicht, was es zu erhalten und zu verbreitern gilt.

Das bleibt kein leichtes Unterfangen, denn zu den nach wie vor bestehenden Hürden zwischen den Versorgungssystemen gesellen sich die gleichermaßen starren Finanzierungsstrukturen auf Seiten der Kostenträger. Mir scheint der im Rahmen des Modellprojekts erkennbare Weg einer dauerhaften Finanzierung psychiatrischer Behandlung nicht nur in den Praxen und Kliniken, sondern in den Jugendhilfeeinrichtungen selbst ein realistischer und nachhaltiger Ansatz. Danach können die Träger der Kinder und Jugendhilfe künftig in jedem Einzelfall, in dem kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung oder eine vertiefte Diagnostik in einer Heimeinrichtung erforderlich ist, neue Angebote in Anspruch nehmen, bei denen der Einrichtungsträger diese Leistung auf der Grundlage eines Kooperationsvertrags mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik oder einem niedergelassenen Kinder und Jugendpsychiater anbietet und in seinem Tagessatz eingepreist hat.

Ich danke allen Beteiligten für ihr Engagement und wünsche für die nächsten Jahre Geduld und Zuversicht, den eingeschlagenen Weg konsequent weiter zu beschreiten. Alle Mühen sind es wert, wenn wir hierdurch den betroffenen Kindern und Jugendlichen die bestmögliche Hilfe zuteilwerden lassen können.

Es grüßt Sie

Dr. Daniel Rühmkorf

Staatssekretär für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg

Liebe Leserinnen und Leser,

nachdem das Kooperationsprojekt zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erfolgreich beendet wurde, ist es allen Beteiligten ein wichtiges Anliegen, aus den Erfahrungen Erkenntnisse werden zu lassen und durch die vorliegende Veröffentlichung dafür zu sorgen, dass die Ergebnisse aus der Praxis aufbereitet und zur weiteren Fachentwicklung dokumentiert werden.

Deshalb danke ich zunächst den Herausgebern und den Autoren für ihr großes Engagement, das den üblichen Rahmen eines Abschlussberichtes übertrifft, und wünsche, dass dieses Engagement durch eine große Leserschaft in den Fachkreisen belohnt wird. Ebenso möchte ich allen, die am Projekt beteiligt waren, für ihre Arbeit an diesem schwierigen Thema danken. Sie geben uns wichtige Anregungen und Vorschläge für die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Fast scheint es, als wäre das Thema eine „never ending story“ in der Kinder- und Jugendhilfe, aber ebenso auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Immer wieder finden sich kritische Kommentare und Autoren, die das schwierige Verhältnis der beiden Disziplinen, die ja helfen und heilen sollen, in problematischen „Hilfekarrieren“ von Kindern und Jugendlichen oder im Bild von „Verschiebebahnhöfen“ und „Drehtüreffekten“ beschreiben. Man muss nicht auf Michel Foucault oder Klaus Dörner zurückgreifen, um die Kritik an der Psychiatrie zu verstehen, und ebenso haben sich Sozialpädagogen wie Martin Bonhoeffer oder Hans Thiersch mit energischen Einwänden an die eigene Disziplin gewandt. Es gilt, das Menschliche und das Soziale in der Pädagogik und Psychiatrie immer wieder einzufordern und zu realisieren.

Vor dem Hintergrund einer aufgeklärten und auch selbstkritischen Debatte hat das Projekt den praktischen Ansatz verfolgt, die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe zu verbessern, indem ihnen mehr Kontinuität und Verlässlichkeit in der pädagogischen Beziehung und mehr Qualität in der Versorgung als junge Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie geboten wird, wenn sie einen entsprechenden Bedarf tatsächlich haben. Dass diese Ziele auch von den pädagogischen und medizinischen Fachkräften in der gemeinsamen Verantwortung für die jungen Menschen verinnerlicht werden müssen, ist offenkundig. Genau darin lag die Intention des Projekts „You’ll never walk alone“ – und sie scheint mir in weiten Teilen auch verwirklicht.

Wenn eine Erhöhung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Heimen erreicht werden soll, müssen hohe Fluktuationsraten gesenkt und die vielen Hilfeabbrüche und Wechsel in verschiedene Einrichtungen verhindert werden. Für Kinder, die eine psychotherapeutische Behandlung benötigen, müssen die Rahmenbedin-

gungen geschaffen werden, damit sie zeitnah eine Kinderpsychotherapie beginnen können, ohne dass die beteiligten Fachkräfte energie- und zeitraubende Konflikte über Finanzierungsfragen führen müssen. Hilfreiche Strukturen der Zusammenarbeit sollten gesichert und weiterentwickelt und in die Arbeit der Heime und Kliniken integriert werden: Die Übergänge von stationärer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Heimerziehung und umgekehrt müssen von beiden Seiten sorgfältig und mit den jungen Menschen gemeinsam gestaltet werden. Fallkonferenzen mit Beteiligung der Ärzte und gemeinsame Fortbildung als gegenseitiger „Perspektivwechsel“, Mitwirkung der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Hilfeplanung, das können Leistungen der Jugendhilfe sein, die in die Zusammenarbeit eingebracht werden. Das kinderpsychotherapeutische Angebot, die „Sprechstunde vor Ort“ als ambulantes und aufsuchendes Angebot der Klinik, oder das „rote Telefon“ zum Krisenmanagement für ratlose Heimerzieherinnen und Heimerzieher, das sind neue und spannende Beiträge, die im Projekt von den Kliniken entwickelt und finanziert wurden. Langfristige stationäre Unterbringungen effektiver zu gestalten und Unterbringungszeiten und damit auch -kosten zu verringern, ist ein Interesse, das beide Seiten eint.

Besonders erfreulich finde ich, dass sich die betreuten Jungen und Mädchen in einer eigens durchgeführten Befragung ausgesprochen positiv zum Projekt äußern, und schließlich, dass auch die Professionellen in der wertschätzenden Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie Erfolge erkennen und zufriedener ihre schwierige Arbeit leisten. In diesem Sinne war das Projekt durchaus ein Meilenstein auf dem Weg zum gelingenden Leben und Arbeiten in sozialpädagogischen Einrichtungen.

Ich wünsche Ihnen viel Freude und Erkenntnisgewinn beim Lesen und eine lebhafte Fachdiskussion in ihren Heimen und Kliniken!

Burkhard Jungkamp

Staatssekretär für Bildung, Jugend und Sport
des Landes Brandenburg

Liebe Leserinnen und Leser,

das vorliegende Buch dokumentiert ein erfolgreiches Modellprojekt, dessen Zielstellung es war, Jugendlichen durch jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Unterstützung zu helfen. Es ging darum, die Hilfe dort anzubieten, wo sie dringend benötigt wird und bislang nur unzureichend zur Verfügung stand – in den stationären Jugendhilfeeinrichtungen ländlicher Regionen in Brandenburg. Ich freue mich, dass die GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH als einer von zwei Trägern an dem Projekt beteiligt war. „You´ll never walk alone“ – diesem Motto entsprechend hat das Projekt neue Kooperations- und Kommunikationsformen in Gang gesetzt, die zur besseren Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen mit professionellen Therapieangeboten geführt haben.

Die GLG als größtes Gesundheitsunternehmen im Nordosten Brandenburgs engagiert sich über die Schwerpunkte stationärer Versorgung hinaus gerade auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie immer stärker in dem Bereich der gemeindenahen, aufsuchenden Behandlung und Beratung vor Ort. Die regionale Versorgung von jungen Menschen in den Landkreisen Barnim, Uckermark und Märkisch Oderland durch die Angebote der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters am Martin Gropius Krankenhaus in Eberswalde ist für ihren hohen Anspruch und ihre innovative und professionelle Umsetzung weithin bekannt und anerkannt. Zugleich ist die ambulante Versorgungsdichte durch Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht nur in den genannten Landkreisen, sondern insgesamt in Brandenburg im Verhältnis zur Bundesrepublik unterdurchschnittlich. Mit dem Projekt wurden konkrete Verbesserungen bewirkt. So wurden die kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote der Klinik einer größeren Anzahl von Patienten schneller verfügbar gemacht und hinsichtlich der Versorgung neue Wege beschritten.

Wir wissen, dass eine gesunde seelische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hilft, psychiatrische und psychische Erkrankungen im jungen und späteren Erwachsenenalter zu vermeiden. Frühzeitige Hilfen können nicht nur individuelles Leid lindern, sondern auch zu einer gesunden gesellschaftlichen Entwicklung beitragen und auch die Kosten im Gesundheitssystem vermindern.

Die in diesem Dokumentationsband vorgelegten Ergebnisse zeigen, dass es sich bei den erreichten Patienten um Kinder und Jugendliche handelt, die der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfe dringend bedürfen, dass diese Hilfe ankommt, zu einer höheren Zufriedenheit in der Kooperation der unterschiedlichen Einrichtungen führt und dass dieses Projekt auch gesundheitspolitisch-ökonomisch sinnvoll gewirkt hat.

Ein typisches Merkmal von Modellprojekten ist stets, dass diese initiiert und finanziert werden, eine nachhaltige Finanzierung aber oft nicht gesichert ist. Umso erfreulicher finde ich, dass es nicht nur in der Region Eberswalde, für die die GLG Verantwortung übernommen hat, sondern auch in den anderen Versorgungsbereichen des Projektes Bestrebungen gibt, die in den vergangenen Jahren aufgebauten Strukturen zu festigen. Insbesondere im Rahmen des neuen Psychiatrieentgeltgesetzes, welches hinsichtlich der Entwicklung von Modellprojekten auch und gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vielseitige Möglichkeiten bietet, sind Politik und Krankenkassen gefordert, derartig vielversprechende, hilfreiche und ökonomisch sinnvolle Projekte im Interesse der betroffenen jungen Menschen im Verbund mit den Gesundheitsanbietern weiter auszubauen.

Es grüßt Sie

Harald Kothe-Zimmermann
GLG, Geschäftsführer

Inhaltsverzeichnis

1. „You´ll never walk alone“ – Ein Kooperationsprojekt von stationärer Kinder und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-Psychotherapie 1

1.1 Wir lassen Euch nicht allein – Hilfe oder Drohung: Die Projektbeschreibung anstelle eines Vorworts 1

1.2 Ausgangssituation 2009 2

1.3 Ausgangslage im Land Brandenburg 4

1.4 Aufsuchende und multimodale Intervention als ein Handlungsansatz 5

1.5 Maßnahmen des Programms 6

1.6 Implementierung des Programms im Land Brandenburg 6

1.7 Ziele des Projektes 7

1.8 Diagnostik und Evaluation 8

1.9 Projektablauf 9

1.10 Projektsteuerung und -begleitung 10

1.11 Projektlaufzeit 10

1.12 Literatur 10

2. Das Projekt – Stolpersteine und Erfolge 11

3. Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Unterschiede kennen und nutzen 23

3.1 Einleitung 23

3.2 Kinder- und Jugendhilfe 23

3.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik 30

3.4 Schlussfolgerungen 36

3.5 Literatur 41

4. Von der Kooperationsvereinbarung zu Kooperationsstandards 43

4.1 Kooperationsvereinbarungen wozu? 43

4.2 Kooperationsvereinbarungen in anderen Regionen 44

4.3 Der Weg ist das Ziel 47

4.4 Empfehlungen zur weiteren Arbeit mit Kooperationsvereinbarungen – Standards 49

4.5 Anhang 1: Kooperationsvereinbarung der Pilotregion 50

4.6 Anhang 2: Kooperationsvereinbarung für die Region Frankfurt (Oder) – Entwurf 9/ 2012 54

5. Integration der im Projekt entwickelten Arbeitsansätze und Kooperationsformen in das Einrichtungskonzept 57
5.1 Ausgangsbedingungen und Intention 57
5.2 Intention und Einführung 58
5.3 Managementdisziplin: Träger- bzw. Heimstrategie zur Vermittlung des Wertversprechens 59
5.4 Managementdisziplin: Strukturelemente zur effektiven Zusammenarbeit im Team, in der Einrichtung und im Kontakt zur Klinik 60
5.5 Managementdisziplin: Zusammenarbeit in der Krise 64
5.6 Managementdisziplin: Kooperation als Bestandteil einer Unternehmenskultur 69
5.7 Lernende Organisation als eine geeignete Managementdisziplin und als Modell der Zukunft 70
5.8 Literatur 71

6. Erfahrungen in der Praxis – Kooperation und Qualifizierung 73
6.1 Kooperation 73
6.2 Qualifizierung des pädagogischen Personals der stationären Kinder und Jugendhilfe 76

7. Kooperatives Krisenmanagement – Begriffe, Pläne und Verfahren 81
7.1 Fallbeispiel 1 81
7.2 Fallbeispiel 2 83
7.3 Notwendigkeit eines kooperativen Krisenmanagements 84
7.4 Definition von Krise 85
7.5 Krisenmanagement 88
7.6 Kooperationsmöglichkeiten 90
7.7 Schlussfolgerungen 92
7.8 Literatur 93

8. „You´ll never walk alone“: Praxisbeispiel des Klinikums Frankfurt (Oder) 95
8.1 Der Patient F. in der Klinik 95
8.2 Literatur 100

9. Das Universum im Eimer – Praxisbeispiel aus der Region Brandenburg (Havel) 101
9.1 Ein Fallbeispiel: R. 101
9.2 Erstes Kennenlernen 101
9.3 Vorgeschichte 102
9.4 Zur vorliegenden Psychodynamik 103
9.5 Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Asklepios Fachklinikum Brandenburg durch das Projekt "You'll never walk alone" 104
9.6 Krisenbewältigung 106

10. You´ll never walk alone – Erfahrungen eines Kooperationspartners der Jugendhilfe 109
10.1 Ein Blick auf ein System – die Bedeutung von Beziehung und Zeit im Kontext von Heimerziehung 109
10.2 Ein Blick auf die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen 111
10.3 Ein Blick auf die Mitarbeiter/-innen 113
10.4 Ein Blick auf den Heimverbund in der Märkischen Schweiz - Motivation zur Teilnahme 114
10.5 Der Heimverbund in der Märkischen Schweiz - Ausgangslage 115
10.6 Die Wirkung 116
10.7 Ein Blick auf die Organisation – Voraussetzungen und struktureller Rahmen 118
10.8 Literatur 120

11. Praxisbeispiel einer gelungenen Kooperation im Heimverbund in der Märkischen Schweiz 121
11.1 Einleitung 121
11.2 Ausgangssituation 121
11.3 Kooperation an den Schnittstellen Erziehung, Bildung und Gesundheit 122
11.4 Der therapeutische Prozess 123
11.5 Der therapeutische Prozess aus Sicht des Jugendlichen 123
11.6 Fazit 125

12. Kompetenzen der sozialpädagogischen Fachkräfte für den Umgang mit psychischen Störungen 127
12.1 Literatur 129

13. Die Zufriedenheitsbefragung 131
13.1 Die Zufriedenheitsbefragung 131
13.2 Umfrage zum Therapiebedarf und zur therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen 152
13.3 Befragung von Kindern und Jugendlichen zum Projekt 154

14. You´ll never walk alone – Ergebnisse der Evaluation 157
14.1 Psychische Auffälligkeiten von Kindern in der stationären Jugendhilfe 157
14.2 Traumafolgestörungen 158
14.3 Auswirkungen auf die Heimerziehung, Schlussfolgerungen 160
14.4 Ziele des Kooperationsprojekts 161
14.5 Methodik 162
14.6 Ergebnisse 165
14.7 Symptombelastung 169
14.8 Diskussion 172
14.9 Einschränkungen und Ausblick 174
14.10 Literatur 175

15. Finanzierung 1.: Kinderpsychotherapeutische Maßnahmen finanziert durch die JH ... 177
15.1 Anfrage an das Jugendamt der Stadt Brandenburg an der Havel zur Finanzierung notwendiger und geeigneter Maßnahmen im Zusammenhang mit Therapien ... 177

16. Finanzierung 2.: Leistungsbausteine aus der Sicht eines freien Trägers ... 181
16.1 Worum geht es? ... 181
16.2 Stand der Zusammenarbeit im Herbst 2012 ... 182
16.3 Ausblick ... 183

17. Finanzierung 3.: Das weitere Vorgehen ... 185
17.1 Jede Einrichtung ist eine Firma ... 185
17.2 Zuständigkeits- und Leistungsstandards ... 185
17.3 Qualität der Betreuungstätigkeiten ... 186
17.4 Supervision, Fortbildung und zum Qualitätsmanagement ... 186
17.5 Verbesserung der Krisenarbeit im Heim ... 187
17.6 Fazit ... 187

18. Wie weiter? – Die Sicht des Landesjugendamtes Brandenburg ... 189
18.1 Literatur ... 194

19. Autorenangaben ... 195

1. „You´ll never walk alone“ – Ein Kooperationsprojekt von stationärer Kinder und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-Psychotherapie

Hubertus Adam und Martin Hoffmann

1.1 Wir lassen Euch nicht allein – Hilfe oder Drohung: Die Projektbeschreibung anstelle eines Vorworts

„You'll Never Walk Alone“ ist der Titel eines Stücks, das im Jahr 1945 für ein Broadway-Musical komponiert wurde. Das Lied hatte für viele, die damals um Angehörige bangten, die im Zweiten Weltkrieg kämpften, eine emotionale Wirkung. Weltweit berühmt wurde der Song allerdings im Fußball in den 1960er Jahren durch den Liverpooler Fan-Block, in dem das Lied, nachdem einmal die Stadionlautsprecher ausgefallen waren, lauthals mitgesungen und so zur Hymne wurde. In Deutschland ist es ebenfalls weit verbreitet, so u.a. bei den Fans in Dortmund und bei St. Pauli in Hamburg, die ihre Mannschaft auch nach Niederlagen nicht allein gehen lassen wollen.

Titel für Jugendprojekte entspringen meist den Gedanken von Erwachsenen, die glauben, allein dadurch, dass der Name jugendaffin zu sein scheint, tatsächlich einen Bezug zur Jugend herstellen zu können. Den Jugendlichen selbst ist der Name meist gleichgültig: Ist das Projekt schlecht, vergessen sie ihn schnell, ist es erfolgreich, spielt der Name keine Rolle. „Wir lassen dich nicht allein“ kann zudem für Jugendliche, die sich im Ablöseprozess von den Eltern befinden auch als Bedrohung aufgefasst werden. Diese Lebensphase ist bei denen, die in stationärer Jugendhilfe sind oft mit erheblichen Komplikationen behaftet. Sie haben in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit Erwachsenen gemacht und wären vielleicht gerade froh, allein – zumindest ohne Erwachsene – zu sein. Also keine Metaphorik im Titel?

Doch, denn in Brandenburg sollte versucht werden, eine Kooperation zwischen zwei sich traditionell eher skeptisch betrachtenden Helfersystemen zu errichten, mit dem Ziel, zur psychischen und sozialen Gesundung von Kindern und Jugendlichen, die sich in stationärer Jugendhilfe befinden, beizutragen. Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie ließen sich beide in den totalitären Systemen der deutschen Vergangenheit vom Staat missbrauchen und genießen unter anderem auch deswegen heute noch bei den Familien, den Kindern und Jugendlichen selbst und auch bei der jeweils anderen Helfergruppe nicht unbedingt und vorurteilsfrei Vertrauen. Der Ansatz der beiden Projektträger, der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes und Jugendalters am Martin Gropius Krankenhaus in Ebers-

walde und der Beratungs- und Kommunikationsgesellschaft „Ruhe in Bewegung“ mbH war es daher, Berührungsängste abzubauen, Vertrauen herzustellen und die Zufriedenheit in der zwangsläufig gemeinsamen Arbeit zu erhöhen. Nicht allein lassen bedeutet in diesem Zusammenhang ein Angebot an die Familien, an die Kinder und an die Jugendlichen, die stationäre Jugendhilfe in Anspruch nehmen, sie akut bei Krisen und hinsichtlich einer langfristig positiven Entwicklung zu unterstützen. Es heißt ferner, auch die sehr differenzierten Helfersysteme und die in diesen arbeitenden Menschen nicht allein zu lassen, sie durch Aus- und Fortbildung sowie mit Hilfe von Supervision zu unterstützen, aber auch aufzupassen, dass kein Kind oder Jugendlicher abgeschoben oder aufgegeben wird.

„You´ll never walk alone“ bedeutet im Fußball wie im Projekt, dass jeder seinen Weg beschreiten kann und unabhängig eventueller Niederlagen, Fans und Helfersysteme bereitstehen. Insofern fanden wir den Namen für das Projekt, welches im Folgenden vorgestellt wird, angemessen.

1.2 Ausgangssituation 2009

Im Bericht der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) Psychiatrie 2003 (Arbeitsgruppe Psychiatrie, 2003) wurde eine notwendige Vernetzung zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) und der Jugendhilfe als unabdingbare Voraussetzung für eine ganzheitlich ausgerichtete Behandlung und Betreuung betont. Ergebnisse von Studien und Praxiserfahrungen wiesen darauf hin, dass Kooperationsdefizite im Hilfesystem bei einer erheblichen Anzahl von Kindern und Jugendlichen zu psychischen Beeinträchtigungen und/oder massiven Verhaltensauffälligkeiten führen können. Bei den betreffenden Minderjährigen und Heranwachsenden liegen häufig erhebliche schulische Integrations- und Leistungsstörungen sowie psychosoziale Probleme vor und/oder gleichzeitig eine psychische Erkrankung. Diese Klientel befindet sich im Überschneidungsbereich der KJPP und Jugendhilfe. Die Betroffenen werden oftmals zwischen den beteiligten Institutionen hin- und hergereicht mit der Folge, dass sie Beziehungsabbrüche statt kontinuierlicher Betreuung/Behandlung erleben oder phasenweise sogar gänzlich ohne pädagogische und therapeutische Anbindung bleiben. Dabei ist bei diesen jungen Menschen von einem komplexen Hilfebedarf auszugehen. Die Komplexität des Hilfebedarfs besteht darin, dass gleichzeitig Behandlungsmaßnahmen der KJPP, Anforderungen an Erziehungs-, Betreuungs- und Fördermaßnahmen der Jugendhilfe und der Schule notwendig sind.

Dies erfordert eine auf die individuelle Problematik ausgerichtete Koordination des Handelns der beteiligten Institutionen, wobei sich die Kompetenzen hinsichtlich Diagnostik, Behandlung, Beratung sowie Supervision und Fort- und Weiterbildung er-

gänzen müssen. Gerade die Indikationsstellung von ambulanten, teilstationären und stationären therapeutischen und pädagogischen Maßnahmen sowie die Kenntnis der Grenzen solcher Hilfsmöglichkeiten erfordern die Zusammenarbeit.

Auch der 13. Kinder- und Jugendbericht (Deutscher Bundestag, 2009, S. 256ff) greift die Thematik auf mit dem Anliegen, Abbrüche von Hilfen und „Verschiebebahnhöfe“ zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu vermeiden.

Die „Ulmer Heimkinderstudie“ (Goldbeck, Besier, Schmid, Fegert, 2009) hat deutlich gemacht, dass die Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe psychiatrisch hochgradig auffällig und bislang unterversorgt sind. Sie benötigen gleichzeitig Erziehung und Psychotherapie. Hier ist es zwangsläufig notwendig, dass eine enge Kooperation zwischen Jugendhilfeeinrichtung und Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt wird. Da diese Kinder oftmals auch in das stationäre Setting zur Krisenintervention aufgenommen werden müssen, ist es eine primäre Aufgabe, auch auf Seiten der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie diese Kooperationsangebote auszubauen. Möglichkeiten der Kooperationsvereinbarungen mit den Einrichtungen sind Vereinbarungen zur Krisenhilfe, Fortbildungsangebote, Gruppenpsychotherapieangebote und Sprechstunden innerhalb der Jugendhilfeeinrichtungen. Über feste Ansprechpartner, und entsprechende Kooperationsverträge können die multimodale Behandlung und die multidisziplinäre Kooperation mit allen Mitarbeitern verbesserte Lebensbedingungen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen bewirken.

Die in Kooperation entwickelte niederschwellige jugendpsychiatrische Behandlung verstärkt den positiven Effekt der Jugendhilfe und trägt dazu bei, dass psychiatrisch schwer beeinträchtigte Jugendliche im Rahmen der Jugendhilfe pädagogisch betreut werden können.

Im GMK-Bericht Psychiatrie 2003 wurde Primärprävention als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe im Zusammenwirken mit der Gesundheitsförderung bezeichnet. Es ist wichtig, die Schnittstellen der KJPP und der Jugendhilfe herauszuarbeiten, angemessene Strukturen und Kooperationsformen zu kreieren bzw. bestehende Formen der Zusammenarbeit zu verstärken.

Zusammengefasst ist eine verbindlich geregelte Kooperation der Hilfesysteme als ein Lösungsansatz zu sehen, um die vorhandenen Potentiale optimal zu nutzen und zu höherer Effektivität und Qualität sowie Ressourcenschonung zu gelangen.

Das Modellprojekt der Universitätsklinik Ulm zur Entwicklung eines ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder und -jugendliche sowie das nun im Land Brandenburg konzipierte Modellprojekt können als Maßnahmen zur Förderung der benannten Entwicklungsaufgaben betrachtet werden.

1.3 Ausgangslage im Land Brandenburg

Im Land Brandenburg gab es 2009 ca. 5800 Plätze in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII und ca. 400 Plätze in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII (Angaben nach mündlicher Auskunft des Landesjugendamtes, 2010). An 5 Krankenhausstandorten gibt es 211 vollstationäre Betten und 70 tagesklinische Plätze der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Nach der von Fegert im Herbst 2008 in Bernau vorgestellten Ulmer Heimkinderstudie handelt es sich bei diesen Kindern und Jugendlichen um eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen. In der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie „sind Heimkinder mit psychischen Störungen überproportional vertreten“. Die Ulmer Heimkinderstudie hat gezeigt, dass „ca. 60% Kinder und Jugendliche aus den untersuchten Heimen die Diagnosekriterien für eine psychische Störung erfüllen, 37,7% der Kinder und Jugendlichen erfüllen Kriterien für mehrere psychische Störungen. In der stationären Jugendhilfe sind Heimkinder und Jugendliche mit psychischen Störungen eher die Regel denn die Ausnahme. Mehr als die Hälfte leidet unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen und mehr als ein Drittel sogar an mehreren, stark ausgeprägten psychischen Störungen“ (Fegert, 2008).

Die hier genannten prozentualen Anteile von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in der Heimerziehung konnten nach Einschätzung der Heimaufsicht des Landesjugendamtes auch für das Land Brandenburg angenommen werden. Wie in anderen Bundesländern auch, ist es allerdings schwierig, Lösungsansätze zur verbesserten gesunden Entwicklung der Betroffenen zu entwickeln, da die beteiligten Institutionen nicht systematisch genug zusammenarbeiten. Aus der Beteiligung des LJA an der Besuchskommission gemäß Brandenburgischem Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG) ist bekannt, dass die KJPP mangelnde Kooperation der Jugendämter beklagt und umgekehrt.

Partiell gab es aber bereits einzelne Kooperationsvereinbarungen zwischen Einrichtungen, Jugendämtern und KJPP, so z.B. die Kooperation zwischen der Einrichtung Lobetal und der Klinik in Eberswalde. Insbesondere haben die Vorarbeiten zu dem neu begonnenen Modell gezeigt, dass eine Kooperation von stationären Jugendhilfeeinrichtungen und der KJPP von beiden Partnern gewünscht war und hinsichtlich Versorgung der Jugendlichen und Qualifizierung der Mitarbeiter sinnvoll war.

1.4 Aufsuchende und multimodale Intervention als ein Handlungsansatz

Wenn die mangelnde Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den Systemen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als eine wichtige Ursache für die fehlende Effizienz bei der Begleitung bzw. Integration dieser Hochrisikogruppen erkannt ist, liegt ein wesentlicher Ansatzpunkt zur Verbesserung darin, die Zusammenarbeit der Systeme zu verbessern. Ein erfolgreicher und bereits evaluierter Ansatz dafür liegt in einem aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramm für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. Das Programm wurde im Rahmen eines Modellprojekts, gefördert vom BMBF und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, von der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Ulm entwickelt. Der Abschlussbericht zur Evaluation wurde 2008 vorgelegt. Dabei wurde die Wirksamkeit eines aufsuchenden ambulanten multimodalen Interventionsprogramms für Kinder in stationären Jugendhilfeeinrichtungen (Interventionsgruppe) im Vergleich zur üblichen Regelversorgung (Kontrollgruppe) überprüft. Evaluiert wurden die Zielparameter

- stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungstage
- psychische Symptombelastung
- psychosoziales Funktionsniveau
- Lebensqualität der Jugendlichen
- Abbruch der Jugendhilfemaßnahme.

In der Gruppe mit intensiver, aufsuchender ambulanter Behandlung im Modellprojekt fielen infolge kürzerer stationärer Behandlungen und aufsuchender ambulanter Betreuung signifikant weniger stationäre Pflegetage an als in der Kontrollgruppe mit herkömmlicher Behandlung. Ferner konnte ein höherer Anteil der psychisch stark belasteten Jugendlichen fachärztlich versorgt werden. In beiden Gruppen kam es während des 12 monatigen Beobachtungszeitraumes mit intensiven pädagogischen Bemühungen zu einer Verringerung der psychischen Symptombelastung und zu einer Verbesserung des Funktionsniveaus und der Lebensqualität. Die zu Studienbeginn stärker belastete Interventionsgruppe profitierte in hohem Maße von der Intervention, so dass durch die Integration kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung ein positives Ansprechen auf weitere pädagogische Bemühungen und die notwendige psychosoziale Integration der Jugendlichen erwartet werden konnte. Die stationären Behandlungstage bei der Kontrollgruppe beliefen sich auf durchschnittlich 2,47 Tage, bei der Interventionsgruppe auf 1,3 Tage in 12 Monaten.

1.5 Maßnahmen des Programms

Das Programm einer aufsuchenden, ambulanten, multimodalen Intervention für Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen enthielt folgende mögliche Interventionen:

a. Sprechstunden in den Jugendhilfeeinrichtungen (im Wechsel aufsuchend und in der Ambulanz der Klinik stattfindend, kontinuierlich, niederschwellig, institutionelle und personelle Kontinuität der Behandlung gewährleistend).

b. Multimodale Behandlung: Beratung im Hilfeprozess, Psychoedukation, Medikation, Unterstützung und Anleitung bei der Elternarbeit und dem Verständnis der entsprechenden Psychodynamik der Jugendlichen sowie der Familiendynamik, Psychotherapie, Beratung der Jugendämter.

c. Multidisziplinäre Kooperation mit allen Mitarbeitern in den Jugendhilfeeinrichtungen: Pädagogen, Heilpädagogen, Lehrern, Psychologen, Heimleitung.

d. Spezielle Gruppenpsychotherapieangebote: Soziale Kompetenz, Emotionsregulation. Hier vornehmlich als Tandemlösung der Mitarbeiter der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, da eine Implementierung des Angebots innerhalb der Einrichtungen angestrebt ist.

e. „Rotes Telefon“: Mehrstufige Kriseninterventionsvereinbarungen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem Jugendhilfeträger/ der Jugendhilfeeinrichtung.

f. Fortbildungsmodule für die Einrichtungen über bedeutsame Störungsbilder: Hyperkinetische Störungen, Aggressive Verhaltensstörungen, Selbstverletzung und Suizidalität, Suchtprävention. Fortbildung über den Einsatz von Psychopharmaka.

g. Fortlaufende Evaluation und Auswertung der gewonnen Daten hinsichtlich einer Antragstellung zur Fortführung des Programms 2011 durch Mittel der EU bzw. anderweitige Förderung.

1.6 Implementierung des Programms im Land Brandenburg

Im Land Brandenburg wurde mit dem aufsuchenden Behandlungsprogramm für die psychiatrisch auffälligen, bislang unterversorgten Kinder und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen die erforderliche Ergänzung der Erziehung durch psychiatrische Diagnostik, Behandlung und Psychotherapie sichergestellt. Darüber hinaus wurde ein höherer Anteil der bedürftigen Jugendlichen fachärztlich und psychotherapeutisch versorgt als bisher. Das Projekt wurde 2009 zunächst im Einzugs-

gebiet der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der Martin Gropius Krankenhaus GmbH in Eberswalde als einer Modellregion begonnen. In Brandenburg waren die Ausgangsbedingungen 2009/2010 wie folgt:

- 281 Einrichtungsträger mit 393 Haupt- und 1161 Nebeneinrichtungen sowie 5825 Plätzen (ohne Tagesgruppen gem. §32 SGB VIII u. stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe)
- 14 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Kinder- und Jugendpsychiater
- 34 psychologische Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder -therapeuten
- 18 Jugendgesundheitsdienste
- 18 Sozialpsychiatrische Dienste
- 42 (+ 7 Nebenstellen) EFBs
- 33 Suchthilfeberatungsstellen

Das Projekt wurde 2010 auf die Einzugsbereiche weiterer Versorgungsgebiete der übrigen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken des Landes Brandenburg erweitert. Dabei kamen die Versorgungsgebiete der Kliniken in Brandenburg/ Havel (ab Frühjahr 2010) hinzu sowie die von Frankfurt/O. (ab Herbst 2010). Der Ergebnistransfer wurde in diesem Fall projektbegleitend und nach Abschluss durch die Klinik in Eberswalde sichergestellt. Einbezogen ins Projekt wurden die Jugendämter, die Gesundheitsämter mit ihren kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. sozialpsychiatrischen Diensten sowie die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Bei der Umsetzung wurden in angemessener Weise die Betroffenen (Kinder, Jugendliche, Eltern, Betreuer) einbezogen. Die Beteiligten sollten in Kooperationsvereinbarungen ihre Zusammenarbeit und ihre jeweiligen Aufgaben festlegen.

1.7 Ziele des Projektes

Ziel war, die gesunde Entwicklung besonders problembelasteter Kinder und Jugendlicher gemeinsam durch Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zu fördern und damit die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen. Im Einzelnen bedeutete dies:

- eine Verbesserung der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Heimen zu erreichen;
- eine Rückwirkung des Angebots auf die pädagogische Arbeit zu gewährleisten;
- eine Qualifizierung der stationären Hilfe zur Erziehung und der Hilfeplanung;
- die quantitativen Daten der stationären Behandlungsaufenthalte und der ambulanten Hilfen zu erfassen;
- die Wartezeiten bei Inanspruchnahme von psychiatrischen Leistungen und Psychotherapien zu verringern;
- die Anzahl der Verlegungen bzw. Abbrüche von stationären Hilfen zur Erziehung im Zusammenhang mit psychischen Störungen zu verringern;
- eine nachhaltige Implementierung von Kooperationsstrukturen in den beteiligten Regionen zu erreichen.

1.8 Diagnostik und Evaluation

Es wurde im Vorläuferprojekt ein Untersuchungsdesign entworfen, wie es den Standards empirischer Forschung entspricht: Hierzu gehören die Child Behavior Checklist (CBCL) als Fremdurteil zur Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten, der Youth Self Report (YSR) als Selbstbeurteilungsbogen zu Verhaltensauffälligkeiten, das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern (ILK), die Resilienzskala (RS-11) zur Erfassung der Widerstandsfähigkeit, ein Traumainventar zur Erfassung traumatisiernder Ereignisse (ETI), die Achse 6 des Multiaxialen Klassifikationsschemas nach ICD-10 zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik, eine ebenfalls den Kriterien des ICD-10 entsprechende Einschätzung der Globalbeurteilung der sozialen Anpassung sowie Daten zur Familiensituation, zur Behandlungsvorgeschichte, zur Schule und die Basisdokumentation der Kinder- und Jugendpsychiatrie (weitere Informationen über Behandlungsstatus, andere Symptomatik, z.B. Substanzmissbrauch, Enuresis, Essstörung), ferner eine Einschätzung des Intelligenzniveaus. Bei auffälligen Werten fanden weitere standardisierte Checklisten zur Diagnostik Anwendung: DISYPS (Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter), sowie Erfassungsbögen zu Angst, Depression, Selbstverletzendem Verhalten und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom. Ferner wurden Zufriedenheitsbögen hinsichtlich der Kooperation der unterschiedlichen Einrichtungen von allen Partnern vor, während und nach Projektbeginn ausgefüllt.

1.9 Projektablauf

Phase I: Vorbereitung

- Gespräche und Zusammenführung der verschiedenen Beteiligten, Aufbau der notwendigen Strukturen entsprechend des Vorläuferprojektes in Eberswalde.
- Ausschreibung, Auswahl und Benennung in Frage kommender neuer Einrichtungen.
- Information der Einrichtungen und der Jugendämter in den neuen Projektregionen, zunächst Brandenburg/ Havel.
- Erhebung von Basisdaten für die Evaluation.
- Erarbeitung von Fortbildungsmodulen in Kooperation mit der KJPP und den Einrichtungen.

Phase II: Auswahl von Interventions- und Vergleichsgruppen, Umsetzung des Behandlungsplans und der Qualifizierungsmaßnahmen

Auf der Basis vorhandener Erfahrungen wurden die ambulanten Interventionen (Behandlungsprogramme) in weiteren Modellregionen implementiert und in allen Modellregionen umgesetzt. Dabei wurde mit einigen Gruppen bzw. Einrichtungen begonnen. Andere erhielten zunächst die „herkömmliche“ Versorgung (Wartelistenmodell). Dies lag daran, dass in einigen Regionen noch nicht genügend ausgebildete Kinder- und Jugendpsychiater bzw. Psychotherapeuten zur Verfügung standen. Ärzte bzw. Psychologen, die in anderen Regionen als Eberswalde arbeiten, waren hinsichtlich der Struktur- und der Fachverantwortung der Klinik zugehörig, die Versorgungsklinik für die Region war. Die jeweiligen Chefärzte gewährleisteten eine Teilnahme der vom Projekt finanzierten Ärzte bzw. Psychologen am Projekt und traten damit eine spezifische auf die Struktur des Projektes bezogene, inhaltliche Weisungsbefugnis an die Steuergruppe ab.

Phase III: Reflexion und Evaluation:

Statistische Auswertung der Daten, Reflexion und Diskussion mit allen Beteiligten. Entscheidung darüber, ob, wann und wie eine Verstetigung der erfolgreichen Maßnahmen und Ausweitung auf weitere Einrichtungen und Gruppen umgesetzt werden kann (eventuelle Phase IV).

1.10 Projektsteuerung und -begleitung

Die Projektsteuerung erfolgte verantwortlich durch eine Steuerungsgruppe, bestehend aus Vertretern der Ministerien, der beteiligten Landesämter und der beiden Projektträger „Ruhe in Bewegung“ und der Klinik Eberswalde. Die Steuerung auf regionaler Ebene erfolgte durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Beteiligung von JA, Einrichtungen und Kliniken. Zum Transfer in die Praxis und zur Anregung durch die Praxis dienten regelmäßige landesweite Workshops oder andere Fachveranstaltungen. Die Veröffentlichung von Daten im wissenschaftlichen oder politischen Kontext erfolgte stets nach Absprache in der Steuergruppe. Der Projektträger in Eberswalde richtete für beide Projektträger, für die Steuerungsgruppe und für die Verwaltung des Projekts eine Geschäftsstelle ein.

Das Projekt wurde mit einem Bericht und einer Fachveranstaltung abgeschlossen. Der Finanz- und Verwendungsmittelnachweis erfolgte von beiden Projektträgern separat.

1.11 Projektlaufzeit

Die Komplexität des Projekts, die seelischen Probleme junger Menschen und die zu erwartenden Hürden ließen eine Projektlaufzeit (bis einschließlich Phase III) in Abhängigkeit von den zu Verfügung stehenden Fördermitteln von mindestens zwei Jahren notwendig erscheinen, die aber schließlich nochmals verlängert wurde. Dabei wurde die Phase III kürzer angesetzt als Phase I und II.

1.12 Literatur

Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister und Senatorinnen und Senatoren der Länder (Gesundheitsministerkonferenz) (2003): Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren.

Deutscher Bundestag (2009): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland 13. Kinder- und Jugendbericht. Drucksache 16/12860 vom 30.4.2009.

Fegert, J. (2008): Arbeitsgespräch zur Begleitung junger Menschen mit kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnose in Einrichtungen der stationären Hilfe zur Erziehung durch die Institutionen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Landesjugendamt Brandenburg am 13.11.08.

Goldbeck, L., Besier, T., Schmid, M., Fegert, J.M. (2009). Aufforderung zur interdisziplinären pädagogischen und jugendpsychiatrischen Versorgung. Die Ulmer Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Heimen. Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie 27:12-14.

2. Das Projekt – Stolpersteine und Erfolge

Cornelia Fritsche und Regina EL Zaher

Angeregt durch das Landesjugendamt Brandenburg entstand im Jahr 2008 die Idee, ein ähnliches Projekt wie es das Universitätsklinikum Ulm zuvor zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe, den so genannten Heimkindern, durchgeführt hatte, in Brandenburg zu initiieren. Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes und Jugendalters des Martin Gropius Krankenhauses (KJPP Eberswalde), die Leitung des Landesjugendamtes (LJA) sowie die Referatsleitung des Bereiches Hilfen zur Erziehung wurden aktiv und erarbeiteten in Abstimmung mit dem Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV) und dem Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBJS) unter Hinzuziehung der Beratungsgesellschaft für Kommunikation und Kooperation mbH „Ruhe in Bewegung“ eine erste Projektskizze. Projektträger und damit Antragsteller und Verwalter der beantragten Mittel waren die KJPP Eberswalde und die Beratungsgesellschaft „Ruhe in Bewegung“.

Es ging im Kern darum, ein multimodales, aufsuchendes Angebot der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in den stationären Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung zu machen, damit die Versorgung für Kinder und Jugendliche mit besonderem Unterstützungsbedarf verbessert wird. Dies sollte durch eine aufsuchende Sprechstunde der jeweils regional zuständigen KJPP in den Einrichtungen, durch Fallsupervisionen, durch Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie durch spezifische Sprechstunden in den Kliniken erreicht werden. Durch ein parallel laufendes Screening aller in diesen Einrichtungen untergebrachten Kinder und Jugendlichen sollten Angaben zur Symptombelastung und zum Versorgungsbedarf erhoben werden. Außerdem sollte die Kooperation zwischen Kliniken, stationären Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung und – zunächst eher am Rande – auch den Jugendämtern verbessert werden. Letzteres sollte durch eine Zufriedenheitsbefragung der Beteiligten zu Beginn und Ende der aktiven Projektphase ergänzt werden.

2009 startete das Projekt zunächst in einer Region – der Versorgungsregion des Martin Gropius Krankenhaus in Eberswalde – mit drei stationären Einrichtungen in zwei Landkreisen, finanziert aus Mitteln der beiden Ministerien. Nachdem die Projektfinanzierung aus Mitteln des so genannten Mauerfonds für weitere zwölf Monate gesichert war, wurde das Projekt auf zwei weitere Kliniken und jeweils drei stationäre Einrichtungen erweitert. In dieser Phase wurden die örtlich zuständigen Jugendämter

in Arbeitsgruppen einbezogen, die an Kooperationsvereinbarungen zwischen Kliniken, Einrichtungen und Jugendämtern arbeiteten. Die Module, die von den Kliniken in den stationären Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung angeboten wurden, waren:

- aufsuchende Sprechstunden in den Einrichtungen (im Wechsel aufsuchend und in der Ambulanz der Klinik)
- mehrstufige Krisenintervention
- kinder- und jugendpsychiatrische Fallsupervision
- Fortbildungsmodule in den Einrichtung zu bedeutsamen Störungsbildern

Gesteuert wurde das Projekt durch eine Gruppe, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Projektträger KJPP Eberswalde und „Ruhe in Bewegung“, der beiden Ministerien und des Landesjugendamtes zusammensetzte. Später wurden eine Einrichtungsleiterin und eine Jugendamtsvertreterin in die Steuerungsgruppe integriert. Die aufsuchende Arbeit der Kliniken in den Einrichtungen endete zunächst im Frühjahr 2012. Im Herbst 2012 entwickelten sich differenzierte Finanzierungsinstrumente für einzelne Module, damit im Projekt Bewährtes in den Betreuungsalltag der jeweiligen Region integrieren werden kann.

Im Folgenden stellen die Autorinnen – eine Psychologin der KJPP Eberswalde (CF) und eine Sozialpädagogin, Mitarbeiterin des Projektträgers „Ruhe in Bewegung“ (REZ) – in Form eines fiktiven Interviews vor, was aus ihrer Sicht das Wesentliche des Projekts war und wie sie die Projektzeit erlebt haben:

Welches waren Ihre Assoziationen, als Sie zum ersten Mal von dem geplanten Projekt hörten?

(CF) Ich dachte: „Das ist eine gute Sache und stimmt mit meinem Gefühl überein, dass an dieser Stelle hoher Bedarf ist.“ Und dann kam gleich das große „Aber“: Aber da stecken so viele Schwierigkeiten drin und ein Sack voll Stolpersteine: Missverständnisse, hohe Ansprüche und unausgesprochene unterschwellige Erwartungen, Widerstände, Vorurteile, Entwertungen, unterschiedliche Sprachen, anderes Denken, eben alles, wenn zwei unterschiedliche Systeme aufeinander treffen. Mir fielen die Beispiele ein, wo Einrichtungen nach ziemlich festgefahrenen pädagogischen „Grundsätzen“ funktionierten und wenn etwas aus dem Ruder lief, das Anliegen hatten, ein problematisches Kind oder einen problematischen Jugendlichen in der Klinik „unterzubringen“ und es dabei sehr divergierende Ansichten gab. Ich erinnerte Beispiele, wo ich den Eindruck hatte, die Klinik werde instrumentalisiert, um etwas bereits Festgelegtes umzusetzen.

(REZ): Mein erster Gedanke war: „Gut, das wird auch Zeit!“. Aus Fallreflektionen und Fortbildungen kannte ich seit Jahren die Unzufriedenheit mit der Kooperation zwischen Jugendhilfefachkräften und der KJPP, das Grundgefühl, nicht verstanden zu werden und nicht zu verstehen, Unterstützung zu suchen und sich abgewiesen zu fühlen. Ein Gedanke war auch, dass „die Jugendhilfe“ die fachwissenschaftlichen Entwicklungen in der KJPP in den letzten Jahren eher (zu) wenig zur Kenntnis genommen hatte und es gut wäre, mal wieder zu schauen, was man voneinander lernen könnte. Gleichzeitig fiel mir meine eigene „Vorurteilsgeschichte“ ein: Kliniken als relativ undurchdringbare Systeme, das Labeling durch ICD 10 Diagnosen, die Dominanz ärztlicher Deutungs- und (Be)Handlungsmuster. Und schließlich dachte ich „Meine Güte, was für eine Komplexität, wie soll sich das steuern lassen?“.

Welches waren Ihre ersten Schritte ins Projekt?

(CF) Mein erster Kontakt mit dem Projekt bestand in einer Teilnahme an einem Treffen in Potsdam im Ministerium, wo es von allen Seiten klare Bekundungen zum Projekt gab und vieles über das „Wie“ noch offen blieb. Über die Erarbeitung der Projektskizze entwickelte sich Schritt für Schritt ein Projektplan in Anlehnung an das Ulmer Projekt. Dies wurde in erheblichem Maße getragen von den Erfahrungen der Mitarbeiter in der Klinik und der Tradition in der Zusammenarbeit mit Heimeinrichtungen. In eine Einrichtung fuhr die Ärztin unserer Institutsambulanz bereits seit Jahren, und sie hielt Angebote wechselnd dort aufsuchend und in der Institutsambulanz sowie, wenn notwendig, stationär für die Jugendlichen dieser Einrichtung bereit.

(REZ) Es ging für mich mit der Auswahl der Jugendhilfeeinrichtungen für die zweite Projektphase Anfang 2011 los. Die Kontakte zu den Kliniken liefen über die KJPP in Eberswalde. Das Landesjugendamt hatte einen ausgewählten Kreis an stationären Einrichtungen angeschrieben und eingeladen, sich für die Teilnahme am Projekt zu bewerben. Die Auswahlgespräche gaben einen ersten Eindruck über Motivation und Professionalität der Einrichtungen – und uns als zukünftigen Projektpartnern Gelegenheit, das erste Mal praktisch zu kooperieren. Da die Bewilligung der Finanzierung für die zweite Projektphase und die Klärungen zwischen den Kliniken sich immer wieder verzögerten, musste das Auswahlverfahren ziemlich kurzfristig angesetzt werden. Ich war sehr beeindruckt, wie schnell und motiviert die angesprochenen Einrichtungen reagierten. Das gab einen ersten Eindruck, wie groß das Bedürfnis nach einer Begleitung der Pädagogen/-innen durch die KJPP war.

Was war Ihnen an der Auswahl der beteiligten Jugendhilfeeinrichtungen wichtig?

(CF) Da es wesentlich mehr Bewerber gab, als in das Projekt aufgenommen werden konnten, gab es Auswahlkriterien (z.B. konzeptionelle Ausrichtung, mögliche Ressourcen, Entfernung zur Klinik, psychische Störungen der Kinder und Jugendlichen der Einrichtung, Anteil Brandenburger Kinder). Mir persönlich war wichtig, von den Einrichtungen den Eindruck von Offenheit, Fähigkeit zur Selbstreflexion und Sicht auf eigene Grenzen und der Möglichkeit, sich auf andere Perspektiven einzulassen zu gewinnen. Schließlich hatten wir es uns ja auch vorgenommen. Also eigentlich Einrichtungen zum Partner zu bekommen, die auch eine Sicht von Außen wollen, um sich zu entwickeln und den Gewinn für sich auch schon in irgendeiner Art benennen konnten. Das allerdings war dann sehr unterschiedlich und wurde vor allem für die psychische Gesundheit der Kinder gesehen, aber auch auf der Ebene der Mitarbeiterentwicklung, Unterstützung und Stärkung der Erzieher.

(REZ) Es gab mehrere mit den Projektbeteiligten abgestimmte Kriterien. Wichtig war aus meiner Sicht, dass die Einrichtungen überwiegend Kinder aus dem Bundesland, wenn möglich sogar der Region betreuen. Hier ging es weniger um formelle Zuständigkeit, sondern um eine realistische Chance, Kooperationspartner regelmäßig an einen Tisch zu bekommen und mit ihnen auch die Qualität der Versorgungsstrukturen in den Regionen in den Blick zu bekommen. Deswegen fragten wir auch nach der Bereitschaft, sich als Projektbeteiligte als Multiplikatoren für den Transfer in die regionalen Strukturen einzubringen. Ein Modellprojekt verführt leicht dazu, für sich als Träger/Einrichtung das Beste rauszuholen. In einem (armen) Flächenland wie Brandenburg muss das ein bisschen balanciert werden. Das ist gut gelungen. Die Projekteinrichtungen waren immer bereit, ihre Erfahrungen bei Fachtagen und in Arbeitsgruppen zur Verfügung zu stellen.

Welche Begegnungen mit Fachkräften aus dem anderen Handlungsfeld waren prägnant, wie haben Sie die jeweils andere Perspektive erlebt?

(CF) Eine positive Erfahrung war für mich, Hintergründe, Entstehungsgeschichte und Funktionieren der Jugendhilfe, vieles zu deren Paragraphendschungel, auf dem die unterschiedlichen Hilfen basieren, zu erfahren. Das trug dazu bei, das System Jugendhilfe in seiner Vielfältigkeit besser zu verstehen und damit auch die Bedeutung des Jugendamtes in seiner Funktion bei der Verwirklichung des Rechts der Kinder und Jugendlichen auf Förderung ihrer Entwicklung zu eigenverantwortlichen und an der Gemeinschaft teilhabenden Persönlichkeiten, sowie auch die Aufgabe des Amtes, Benachteiligungen abzubauen und positive Lebensbedingungen für Kinder und Jugendliche und deren Familien zu unterstützen. Damit wuchs die Erkenntnis,

das Jugendamt stärker mit einzubeziehen und dort Forderungen entsprechend des Bedarfs des Kindes bzw. Jugendlichen zu stellen. Seine Bedeutung als dritter Partner in der Kooperation wurde immer transparenter, während die Perspektive der Jugendämter auf unser Projekt bis auf wenige Ausnahmen eher zurückhaltend war.

(REZ) Im Projekt gab es unterschiedliche Arbeitsgruppen, die Steuerungsgruppe, Gespräche „am Rande“ und die Fachtage. Für mich als Jugendhilfefrau entschlüsselte sich „das andere System“ im Laufe der Zeit. Aus „der Klinik“ wurde ein intern hoch differenziertes, hierarchisches System, das seinerseits unterschiedliche Perspektiven auf „das Kind“ hat und eigene Mechanismen einsetzt, um nach außen eine Deutung „dieses Kindes“ formulieren zu können. Ich brauchte etwas Zeit, um zu verstehen, dass auch in der Klinik die Alltagsaufgaben mit den Kindern/Jugendlichen von Pädagog/-innen und einem sich eher pädagogisch verstehenden Pflegepersonal wahrgenommen werden.

Als nächstes fallen mir die Personen ein, die sich begegneten, und ihre unterschiedliche berufliche und persönliche Sozialisation. Je enger die Zusammenarbeit wurde, desto mehr tauchte für mich die Frage auf, was „das Handlungssystem“ und was „die Person“ beeinflusst, wie weit und tief – also wie nachhaltig – Annäherungen zwischen Fachkräften die Qualität der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen beeinflussen. Ein Beispiel dafür ist z.B. das Thema „Bedeutung der Eltern/Familie“. Haltungen Professioneller zur Familie/ Trennung/ Fremderziehung werden tief durch eigene biografische Erfahrungen beeinflusst, die jedoch (zu) selten reflektiert werden. Es gibt eine weit verbreitete „systemische Behauptung“, dass Fremdunterbringung/ Therapie als Hilfe für eine Familie zu verstehen sei und nicht als „Reparatur eines Kindes“. Dies in pädagogische/ therapeutische Haltung und Handeln zu übersetzen, muss, so vermute ich, in jedem Fall wieder neu erarbeitet werden. Für diese Anstrengung ist im Alltag zu wenig Platz, in den Jugendämtern, den Einrichtungen, den Kliniken, und schon gar nicht gemeinsam.

Was haben Sie selbst im Projekt gelernt, was nehmen Sie mit?

(CF) Für mich gab es im Projekt mehrere Ebenen, auf denen ich tätig war. Eine war die auf der Projektsteuerungsebene, eine weitere die Arbeitsebene direkt in den Einrichtungen mit Erziehern, Kindern und Jugendlichen. Auf der Projektebene hat sich bestätigt, dass Projektskizzen und Projektpläne eine sehr nützliche Angelegenheiten sind, zu denen aber auch Unwägbarkeiten, Unklarheiten gehören, die sich gerade in diesem Kooperationsprojekt über das gemeinsame Tun klären und eine gerade Linie durch Kommunikation entwickeln.

Aus dem gemeinsamen Arbeiten in den Einrichtungen nehme ich vor allem jede Menge Respekt vor den Anforderungen an die Pädagogen und Erzieher mit, die täg-

lich in der Regel mit 9 Kindern, deren Eltern, Jugendämtern, Lehrern, Kindergärtnerinnen, Ärzten, Therapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, usw. usw. zusammenarbeiten und dabei in unserer Region weite Wege zurücklegen. Partnerschaftlichkeit nehme ich mit, die sich vor allen Dingen im Bemühen um ein gemeinsames Fallverstehen entwickelt hat. Unsere Angebote wurden gut angenommen. Erlebt habe ich das Wachsen sozialpädagogischer Handlungskompetenzen der Erzieher unter dieser Partnerschaftlichkeit, wo z. B. Grenzen und Vorgehensweisen sowie juristische Notwendigkeiten transparent gemacht werden konnten und sich dadurch mehr Verständnis für die andere Disziplin entwickelte. Eigene Befindlichkeiten fanden Raum und im Rahmen der Metakommunikation erweiterten sich Blickwinkel, Handlungen wurden sicherer und Einstellungen veränderten sich.

(REZ) Es wird viel von „multiperspektivischem Fallverstehen“ gesprochen. Das ist offenkundig schwer als durchgängige Haltung und Praxis zu realisieren. Ich hatte das Glück, als Außenstehende Fachkräfte aus den beteiligten Gruppen moderieren zu können. Damit konnte ich immer wieder eine Metaperspektive anbieten. Im Alltag fehlt dieses Element häufig, obwohl es nötig ist. Die Jugendamtsmitarbeiter/-innen können das nicht leisten, denn sie sind selbst Prozessbeteiligte mit eigenen Interessen.

Außerdem gibt es strukturelle Aspekte, die die Zusammenarbeit erheblich behindern können. Die Kliniken haben große Regionen zu versorgen, die nicht mit der „örtlichen Zuständigkeit der Jugendhilfe“ übereinstimmen. Viele stationäre Hilfen zur Erziehung (HzE) arbeiten mit mehreren, zum Teil weit entfernten Jugendämtern zusammen. Das schafft Komplikationen für eine gemeinsame Qualitätsentwicklung. Schon im Kleinen (eine Klinik, eine stationäre HzE, ein Jugendamt) ist die Frage „Wer steuert was?“ nicht eindeutig zu beantworten; es geht hier eher um eine gelingende Balance von anteiliger Steuerung. Auf der Ebene der Handlungssysteme wird es leicht unübersichtlich, da sie unterschiedliche, mehr oder weniger klare Grenzen haben. In einem Flächenland wie Brandenburg lässt sich daher nichts einfach „regeln“. Es benötigt kontinuierliche Diskurse auf regionaler und überregionaler Ebene, um einen zumindest zeitweise tragfähigen fachlichen Konsens zu erreichen.

Was hat Ihnen besonderen Spaß gemacht? Wovon haben Sie besonders profitiert?

(CF) Besondere Freude habe ich, in die Einrichtungen zu fahren, Sprechstunde vor Ort durchzuführen, dabei die Kinder und Jugendlichen in ihrer Lebensumwelt mitzuerleben und das System in seinen vielfältigen Dynamiken kennenzulernen. Es ist die Möglichkeit, den Kindern und Jugendlichen in ihrer gewohnten Umgebung Ängste und Scheu vor Therapie oder kinder- bzw. jugendpsychiatrischer Behandlung

zu nehmen und ihnen die Gelegenheit zu bieten, Dinge zu besprechen, die sie bewegen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die leider immer noch und besonders in der Jugendhilfe oft negativ konnotiert ist, wird so für alle anders und lebensnah erfahrbar.

(REZ) Die Termine in der AG Kooperation, einige konzeptionelle Diskussionen zwischen den Einrichtungen und Jugendamtsmitarbeiter/-innen und die Auswertungsgespräche zur ersten Runde der Zufriedenheitsbefragung waren oft sehr anregend und spannend. In guten Momenten herrschte eine kreative und freie Atmosphäre, die angesichts der alltäglichen Anspannung, der Abhängigkeit und auch der Konkurrenz untereinander wie ein Geschenk wirkte. Der Wille, gemeinsam und konstruktiv an guten Strukturen und Konzepten zu arbeiten, war einfach präsent. Dabei wurde wieder klar, wie wichtig Beteiligung und fachpolitische Transparenz sind, damit Kooperationspartner auch eine Verantwortungsgemeinschaft werden können.

Wie hat sich das Projekt aus Ihrer Sicht entwickelt?

(CF) Das Projekt hat sich von einem anfänglichen Sich Selbst Finden mit „Berührungsvorsichtigkeiten“ unter den Kooperationspartnern über gemeinsame Kommunikation und Strukturfindung und gegenseitigen realistischer werdenden Erwartungen bis hin zu einer routinierten Zusammenarbeit in unserer Region entwickelt. Nach dem sich die Kooperation in der Region um die KJPP Eberswalde etabliert hatte, war die Erweiterung auf andere – die Region um die Klinik Brandenburg und Klinik Frankfurt (Oder) – ein besonders toller Schritt. Es gelang uns, unser Vorgehen an die engagierten Verantwortlichen in diesen Kliniken weiterzugeben, ein Vorgehen, das sie entsprechend dem Bedarf in den beiden Regionen anpassten und gemeinsam mit den Einrichtungsleitern ihrer drei Partnereinrichtungen gestalteten.

(REZ) In den beiden später hinzugekommenen Projektregionen musste alles relativ schnell gehen. Gleichzeitig mit dem aufsuchenden Programm der Kliniken begann die Arbeit in der regionalen AG Kooperation. Es gab also fast keinen Vorlauf miteinander. Trotz dieses „Kaltstarts“ ließen sich die Strukturen, die in der ersten Projektphase entwickelt worden waren, relativ unkompliziert in die beiden neuen Regionen implementieren. Interessant wurden dann die regionalen Dynamiken, die sich im Laufe der Monate zu zeigen begannen. Aufgrund der kurzen Projektlaufzeit konnten diese aber kaum systematisierend aufgegriffen werden. Die Aktivität der Jugendämter war sehr unterschiedlich, die Einrichtungen mit ihrer internen Differenziertheit brachten spezifische Impulse ein und die drei Kliniken wählten sehr unterschiedliche interne organisatorische Modelle, die Projektaufgaben umzusetzen. Über die halbjährlich stattfindenden Fachtage versuchten wir, den Austausch zwischen den Projektregionen anzuregen und zu unterstützen. Die Frage, wie lokale bzw. regionale Er-

fahrungen wirkungsvoll für ein Bundesland nutzbar gemacht werden können, ist aber mit Fachtagen alleine nicht zu beantworten.

Was ist Ihnen als Beobachterin und Beteiligte im Projekt besonders wichtig gewesen?

(CF) Auch bei dem, was mir besonders wichtig war, möchte ich nach den einzelnen Ebenen unterscheiden. Als Beteiligte, also auf der Arbeitsebene, war mir im Vorgehen besonders die Partnerschaftlichkeit und Akzeptanz ganz wichtig. Es ging uns nicht darum, zu schauen, wer in welcher Situation wann was falsch gemacht hat, sondern in gemeinsamen Fallsupervisionen mit dem gesamten Erzieherteam und anderen beteiligten Personen, Lehrern, Kindergärtnerinnen über die individuelle Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen ein Verständnis für die Störung zu erreichen, herauszufinden, was beeinträchtigt, welchen Bedarf das Kind bzw. der Jugendliche hat und was sich im Umgang mit ihm als nützlich und stärkend für seine Entwicklung erwiesen hat. Darüber und über die damit verbundene Erweiterung der Sichtweisen und Perspektiven gelang es, mehr Handlungssicherheit in der Arbeit mit dem Kind zu erlangen.

Als Beobachterin in den Arbeitsgruppen in den Regionen um Frankfurt (Oder) und Brandenburg (Havel) konnte man sich im Spiegelbild des anderen gut wiedererkennen, einerseits mit denselben Schnittstellenproblemen, andererseits gab der Austausch zwischen den Regionen und der damit verbundene Perspektivwechsel Anregungen und Anstöße für die weitere Entwicklung der eigenen Arbeit, so z.B. zur Intensivierung der Kooperation mit dem regionalen Jugendamt.

(REZ) In Gesprächen mit den Mitarbeiter/-innen der stationären HzE wurde relativ schnell nach Beginn der aufsuchenden KJPP Versorgung deutlich, wie bereichert und entlastet die Pädagog/-innen sich fühlten. Regelmäßig jemanden zu haben, der Fragen zu den Verhaltens- und Erlebensweisen der Kinder beantworten kann, der einen dabei unterstützt, sie tiefgründiger zu verstehen und der einen ermutigt, offen und emotional klar zu handeln, schien eine größere positive Wirkung zu haben, als die unmittelbare Versorgung der Kinder und Jugendlichen durch die KJPP selbst. Eine Einrichtungsleiterin sagte, dass sie jetzt nicht mehr „bei jeder Krise“ mit dem Kind in die Klinik fahren, sondern mit innerer Sicherheit auf den nächsten Besuch der KJPP Mitarbeiter/-in warten und dann gemeinsam überlegen, was am besten zu tun sei. Die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen rückten damit in den Blick, aber auch die Qualität der Berufsausbildung von Erzieher/-innen. Beides scheint nicht annähernd das zu bieten, was für die Praxis heutzutage notwendig wäre.

Was würden Sie als Erfolg beschreiben?

(CF) Für mich liegt der größte Erfolg des Projektes darin, dass die beteiligten Systeme gereift sind, sich entwickelt haben. Das ist daran zu merken, dass mehr Kinder frühzeitig vorgestellt werden und dadurch frühzeitiger interveniert werden kann. Von den beteiligten Einrichtungen werden klare Aufträge formuliert. Diese sind vorher mit den sorgeberechtigten Eltern oder Vormündern geklärt und deren Anliegen integriert. Die Sorgeberechtigten kommen mit zur Erstvorstellung oder Aufnahme bzw. haben schriftlich ihr Einverständnis und Anliegen bekundet. Es gibt regelmäßige Telefonkontakte und Besuche während stationärer Aufenthalte. Nach Krisenaufenthalten gibt es die Garantie, dass es danach in die vertraute Einrichtung zurückgeht. Ein ganz besonderer Erfolg besteht darin, dass die Anzahl der Krisenaufenthaltstage rückläufig ist. Durch die gemeinsame Bearbeitung von Krisen, telefonisch, ambulant oder stationär, Fallbesprechungen vor Ort und vielen Gesprächen über Entwicklung von Krisen in den unterschiedlichen Arbeitsgremien, gelang es frühzeitiger über Zuspitzungen zu reden, insgesamt Krisensituationen besser auszuhalten, Mittel und Wege zu finden, mit diesen umzugehen, auch, sie teilweise im Vorfeld zu erkennen und zu minimieren. Es entwickelte sich in den Einrichtungen mehr Sicherheit und Gelassenheit, und Zustände von Hilflosigkeit in Krisensituationen nahmen sukzessive ab.

(REZ) Die Investition von Ressourcen hat sich sicher für die unmittelbar Beteiligten gelohnt. Aufsuchende KJPP – bzw. die Mitarbeiter/-innen der KJPP, die in den Einrichtungen regelmäßig ihre Angebote machten – hat zweifellos positive Effekte. Das spiegelt sich vor allem in der Haltung der Pädagog/-innen in den Einrichtungen: Sie fühlen sich unterstützt, gehört, sie lernen dazu und fühlen sich stabiler im alltäglichen Umgang mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen. Davon profitieren diese auch, das ist klar. Es scheint, als ob in den Projekteinrichtungen während der engen Begleitung durch die KJPP weniger Krisenfälle waren, weniger stationäre Unterbringungen in der KJPP und wenn, dann kürzere. Unsere Zahlen sind allerdings mit viel Vorsicht zu genießen. Der Beobachtungszeitraum war sehr kurz und die individuellen Prozesse von sehr vielen Faktoren beeinflusst.

Ein Erfolg anderer Art ist die zeitweise intensivierte Debatte über „gute Unterbringungen“ zwischen den Beteiligten in der Jugendhilfe. Die Bedingungen in den Einrichtungen gerieten in den Blick, die Steuerung der Jugendämter, die Unterbringungsprozesse im Einzelfall. Z.B. wurde die Frage, ob jedes Kind/jeder Jugendliche vor einer Fremdunterbringung auf psychische Belastungen und mögliche Störungen hin untersucht werden sollte, kontrovers diskutiert. Dafür spräche, so früh wie möglich ein passendes (= bedarfsgerechtes) sozialpädagogisch therapeutisches Arrangement entwickeln zu können. Dagegen spricht die immer wieder auftauchende Sorge, sich einem „fremden Expertensystem“ mit seinen eigenen Diskursen und Dyna-

miken zu überlassen („Medikalisierung“) und die Kinder/Jugendlichen langfristig zu stigmatisieren, ohne ihre Sozialisation durch die Behandlung in der KJPP positiv beeinflussen zu können.

Dabei konnte ein bitterer Beigeschmack nicht ausbleiben, denn die strukturellen Handlungsmöglichkeiten der Beteiligten sind begrenzt und die Kooperationspartner sind aufgrund ihrer ökonomischen Beziehungen nicht wirklich auf „Augenhöhe“.

Woran wollen Sie weiter arbeiten?

(CF) Die weitere Arbeit besteht darin, das Erreichte zu erhalten. Auch das ist ein wesentliches Stück Arbeit, unsere Kooperation fortzusetzen. Kooperation erfordert nach unseren Erfahrungen Reflektion und Kommunikation, Zeit und Ressourcen. Diese wollen wir uns nehmen. Konkret wollen wir die aufsuchende Sprechstunde mit dem hohen Fahrzeitaufwand, die kinder- und jugendpsychiatrische Fallsupervision, die fallbezogene Weiterbildung in dem Maße fortsetzen, wie der Bedarf der Einrichtungen jeweils ist und auch gemeinsam schauen, was gut läuft und was nicht. Gegenwärtig arbeiten wir daran, ein Modell zu finden, wie diese zusätzlichen Aufwendungen regelhaft finanziert werden können.

(REZ) In einer Projektregion entstand die Idee, einen interinstitutionellen Qualitätszirkel ins Leben zu rufen, um weiter an der Kooperationsqualität zu arbeiten. Dieser QZ wird sich wahrscheinlich vierteljährlich treffen. Der Teilnehmerkreis setzt sich aus Mitarbeiter/-innen der Klinik, der Jugendämter in der Versorgungsregion der Klinik und Vertreter/-innen der stationären HzE zusammen. Letztere sollen als Multiplikator/-innen fungieren und z.B. über die örtlichen AG 78 in die Kommunikation mit den anderen Einrichtungen eingebunden werden. Im QZ sollen konkrete Kooperationserfahrungen ausgewertet werden und weiter an den fachlichen Standards für „gute Kooperation“ gearbeitet werden.

Was würden Sie jetzt – im Nachhinein anders machen?

(CF) In der weiteren Zusammenarbeit haben wir konkret vor, einen Austausch zwischen Pädagogen einer Einrichtung und dem Pflege und Erziehungsdienst der Klinik anzubieten, der so aussieht, dass Erzieher in der Klinik hospitieren können. Im Nachhinein wäre vorstellbar, dass die Jugendämter ins Projekt früher und intensiver einbezogen worden wären. Aber auch so hat sich die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt über das Projekt in unserer Region intensiviert. So ist in der Region Barnim eine Vereinbarung zur Kooperation zwischen Klinik und Jugendamt in Vorbereitung. Ich würde mir regelmäßige Treffen mit Mitarbeitern des Jugendamtes, der Klinik und Vertretern der Heimeinrichtungen der Region wünschen, wo es um Reflektion zu den

konkreten Erfahrungen in der Kooperation geht. Dabei sollte es eine externe Moderation geben, die wir durchweg im Projekt als positiv und hilfreich erlebt haben.

(REZ) Im Nachhinein weiß man vieles besser. Ich denke, ein wirklicher „Geburtsfehler“ des Projekts war das unklare, zögerliche Verhalten gegenüber den Jugendämtern in den Projektregionen. Sie wurden spät einbezogen und konnten von den Projektmodulen in den Einrichtungen nicht direkt profitieren. Spätestens bei der Diskussion um Finanzierungsinstrumente für die Zeit nach dem Projekt wurde erkennbar, dass Leistungen nicht ohne den Steuermann erbracht werden können.

Was die KJPP betrifft, würde ich jetzt von Anfang an viel stärker die Klinik als Gesamtorganisation in den Blick nehmen. Die Projektaufgaben wurden überwiegend von den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) wahrgenommen, die selber nicht immer am Ort der Kliniken angesiedelt sind. Damit gibt es eine zusätzliche Schnittstelle.

Und schließlich Projektdauer, Ressourcenverteilung und Timing: Ressourcen für Personalkapazitäten waren im Projekt für die klinischen Leistungen vorgesehen, d.h. die Einrichtungen und Jugendämter hatten ihren Teil an Aufwand aus „Bordmitteln“ zu leisten. Damit wiederholte sich, was auch aus anderen Zusammenhängen bekannt ist: Kooperation ist etwas, was „nebenbei“ mit erledigt werden muss. Durch die externe Begleitung wurde das während der Projektdauer aufgefangen; eine Lösung im Alltag kann aber nur darin bestehen, dass der reale Aufwand für die Kooperation und Koordination dieses komplexen Systems anerkannt und materiell abgesichert wird.

CF: Cornelia Fritsche, klinische Diplompsychologin, Fachpsychologin der Medizin, Psychotherapeutin VT, 35 Jahre tätig im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich, stationär und ambulant, medizinisches Qualitätsmanagement

REZ: Regina EL Zaher, Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, Fortbildnerin und Beraterin.

3. Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Unterschiede kennen und nutzen

Anke Giesen und Sunke Himpel

3.1 Einleitung

Sowohl die Kinder- und Jugendhilfe als auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigen sich mit der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen, ihrer Eltern und Familien. Somit ergeben sich im Alltag viele Berührungspunkte, an denen die beiden Systeme miteinander kooperieren sollten. Beide Systeme zeigen grundlegende Unterschiede in ihren Sicht- und Arbeitsweisen. Somit ist die Möglichkeit für eine sich wechselseitig ergänzende und unterstützende Kooperation gegeben, aber auch für Missverständnisse und Unklarheiten. Die hieraus resultierenden enttäuschten Erwartungen und Vorurteile blockieren immer wieder die Kooperation und verhindern somit, dass die Betroffenen die optimal möglichen Hilfen erhalten. Um sich durch die Unterschiede jedoch nicht gegenseitig zu behindern, sondern sie als Bereicherung und Chance zu sehen, ist es notwendig, das jeweils andere System besser zu kennen und die Unterschiede zu verstehen. Viele der im klinischen Alltag zu beobachtenden Unterschiede lassen sich auf Unterschiede in der historischen Entwicklung und den rechtlichen Grundlagen zurückführen. Im Nachfolgenden sollen einige der relevanten rechtlichen und historischen Aspekte sowohl der Kinder- und Jugendhilfe als auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie dargestellt und mögliche Konsequenzen und Chancen für die Kooperation hergeleitet werden.

3.2 Kinder- und Jugendhilfe

3.2.1 Auftrag und gesetzliche Rahmenbedingungen Kinder- und Jugendhilfe

Die gesetzliche Grundlage der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland stellt das Kinder- und Jugendhilfegesetz dar, ein Mantelgesetz, als dessen Hauptbestandteil das SGB VIII zu gelten hat. Bereits beim Lesen der ersten beiden Absätze des §1 des SGB VIII entfalten sich die grundsätzlichen Schwierigkeiten, mit denen Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland zu kämpfen haben: nämlich die eindeutige Bestimmung ihres Auftrages und ihrer Adressaten, ein Umstand, der bei Kooperationspartnern immer wieder zu Irritationen führt. Die ersten beiden Absätze des §1 des SGB VIII lesen sich folgendermaßen:

1. Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.
2. Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

In diesen beiden Abschnitten werden einerseits die zentralen Aufträge (Förderung der Entwicklung des jungen Menschen, Wachen über die elterliche Betätigung) benannt, gleichzeitig aber auch die drei Akteure, deren Verhältnis untereinander sich als höchst kompliziert darstellt. Durch diese im Folgenden ausgeführte Komplexität entstehen bei der Umsetzung des Auftrages paradoxe und widersprüchliche Gegebenheiten, die alle Beteiligten immer wieder vor Herausforderungen stellen. Als Akteure werden benannt:

- der junge Mensch mit seinem Recht auf Förderung der Entwicklung
- die Eltern mit ihrem Recht und ihrer Pflicht zu Pflege und Erziehung
- die staatliche Gemeinschaft (als deren Angehörige die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe zu gelten haben) mit ihrem Auftrag zum Wachen über die Betätigung der Eltern.

Bezogen auf §1,1 stellt sich zunächst die Frage, gegenüber wem der junge Mensch dieses Recht gelten machen kann und wer ihn bei seiner Durchsetzung zu unterstützen hat. Im Rahmen eines Sozialgesetzbuches drängt sich als Antwort „gegenüber dem Staat“ auf, aber wo bleiben dann die Eltern mit ihrem Recht und ihrer Pflicht zur Erziehung? Dürfte der Staat z.B. ein Kind auf dessen Wunsch ohne Einverständnis der Eltern in seiner Entwicklung fördern? Da es sich bei dem sich anschließenden Abschnitt über die Rechte und Pflichten der Eltern um ein Zitat aus dem Grundgesetz handelt (Art.6), kann angenommen werden, dass das Erziehungsrecht der Eltern ein hohes Gut darstellt, und dass zunächst die Eltern die Personen darstellen, die dem Recht ihres Kindes auf Förderung seiner Entwicklung im Rahmen ihres Erziehungsrechts und und ihrer Erziehungspflicht nachzukommen haben. Der Staat übernimmt die Förderung der Entwicklung des Kindes daher zunächst nur, wenn Eltern dieses wünschen und einen entsprechenden Antrag stellen.

Eltern sind jedoch nicht nur zur Erziehung berechtigt und verpflichtet, sondern fungieren auch als Rechtsvertreter ihrer Kinder, die sich als „Unmündige“ für die Durchsetzung ihrer Rechte gar nicht einsetzen können. Daraus ergibt sich für die

Kinder ein extremes Abhängigkeitsverhältnis in Bezug auf ihre Eltern. Um Kinder nicht dem daraus resultierenden Widerspruch auszusetzen, dass ihre sie auf rechtlicher Ebene vertretenden Eltern sich selber bei Nichtgewährung des Rechtes auf Förderung der Entwicklung ihrer Kinder anklagen müssten, hat der Gesetzgeber das so genannte Wächteramt geschaffen, das der staatlichen Gemeinschaft das Wachen über die Betätigung der Eltern aufträgt. Somit besteht eine Eingriffsmöglichkeit, wenn Eltern die Entwicklung ihrer Kinder nur unzureichend fördern oder sogar verhindern. Dieser Eingriff kann im Extremfall zum Verlust des elterlichen Sorgerechts führen, was in seiner Konsequenz den Staat in seiner Funktion als Ausfallsbürge aufruft, der dann Rechtsvertretung, Pflege und Erziehung des Kindes /des Jugendlichen zu organisieren hat.

Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe sehen sich somit einem vielschichtigen und janusköpfigen Auftrag ausgesetzt: Sie sollen als Adressaten ihrer Tätigkeit Kinder und Jugendliche und deren Recht und Entwicklung im Blick behalten und sie gemäß §8 bei allen sie betreffenden Entscheidungen beteiligen. Das sollen sie nun zum einen als Dienstleister im Auftrag der Eltern (oder Vormünder) tun, die einerseits für sich als Erziehungsberechtigte und -verpflichtete und Sorgeberechtigte Anspruch auf unterstützende Leistungen haben (Tagesbetreuung, Hilfen zur Erziehung) und andererseits als Rechtsvertreter ihres Kindes Hilfen beantragen (§35a), auf die ihre Kinder Anspruch haben.

Zum anderen sollen sie als Vertreter der staatlichen Gemeinschaft wiederum über diese Eltern wachen und im Falle gewichtiger Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung Schritte zur Aufklärung und Abwendung der Gefährdung unternehmen.

Dieser komplexe Auftrag bewirkt bei den Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe eine durchgängige Unsicherheit zunächst über ihren „Kundenkreis“ – sind es die Kinder oder die Eltern? Und diese Unsicherheit wird im §2 und dem den §2 ausführenden zweiten Kapitel des SGB VIII (§11 – 41), in denen die Aufgaben und Leistungen der Jugendhilfe aufgeführt werden, nicht abgebaut, da auch dort die Adressatenfrage unterschiedlich beantwortet wird.

Als Leistungen, die von Eltern, anderen Sorge- und Erziehungsberechtigten, Kindern und Jugendlichen in Anspruch genommen werden können, werden die Jugendarbeit, die Kindertagesbetreuung in Krippe, Kita und Tagespflege, die Förderung der Erziehung in der Familie (Familienbildung, Trennungsberatung etc.), die Hilfe für junge Volljährige, die Hilfen zur Erziehung und die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder aufgeführt, wobei es bei den letzteren beiden zu den meisten Berührungen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt. Die Hilfen zur Erziehung (§27 - §35) sollen insbesondere in solchen Fällen vom Jugendamt bewilligt werden, wenn eine „dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen gewährleistende Erziehung nicht

gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“ und erscheinen in unterschiedlichen Formen in ambulanten eher elternunterstützenden oder -ergänzenden Settings als auch in stationären - zumindest zeitweise - elternersetzenden Settings. Eingliederungshilfe (§35a) steht Kindern und Jugendlichen zu, „wenn 1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und 2. daher ihre Teilhabe in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist“. Während bei Trennungsberatung und den Hilfen zur Erziehung eindeutig die Erziehungsberechtigten die Adressaten der Hilfen sind, sind es bei Jugendarbeit, den Hilfen für junge Volljährige und der Eingliederungshilfe die jungen Menschen. Bezogen auf die Tagespflege kann beim derzeitigen Stand der Debatte die Frage nicht eindeutig beantwortet werden: Erhalten Eltern eine Betreuungsleistung oder Kinder ein Bildungsangebot oder werden gar Eltern von ihren Bildungsaufgaben in Bezug auf ihre Vorschulkinder entlastet?

Genauso viel - wenn nicht sogar noch mehr - Unsicherheit besteht bei den Fachkräften aber auch über ihre Rolle: Sind sie primär Dienstleister, die sich nach den Wünschen und Aufträgen der „Kunden“ zu richten haben oder „Wachende“ über die Ausfüllung der Elternpflichten und das Kindeswohl? Während die §§11 – 41 im zweiten Kapitel zwar eindeutig den Dienstleistungscharakter der jeweiligen Leistung betonen, wird dieser durch den §8a, der 2005 ins SGB VIII aufgenommen wurde, stark konterkariert, indem allen Fachkräften der Auftrag erteilt wird, bei „gewichtigen Anhaltspunkten von Kindeswohlgefährdung“ eine Gefährdungseinschätzung vorzunehmen und ggfs. weitere Schritte einzuleiten. Somit ist in der Beziehung der Fachkräfte zu den Kindern, Jugendlichen und Eltern immer auch ein Kontrollaspekt vorhanden, der im Einzelfall zur Folge haben kann, dass Fachkräfte Entscheidungen gegen die Wünsche von Eltern, Jugendlichen und Kindern treffen müssen, was von den Betroffenen nicht selten als „Verrat“ aufgefasst wird.

Die Fachkräfte gehen mit diesen Unsicherheiten in Bezug auf „Kunden“ und „Rolle“ sehr unterschiedlich um: In meiner Fortbildungspraxis erlebe ich es immer wieder, dass manche Fachkräfte einfach einzelne Aspekte ausblenden (z.B. das elterliche Erziehungsrecht oder aber den Wächterauftrag) und nur denen nachgehen, die ihnen liegen (z.B. Förderung des jungen Menschen nach dessen Wünschen).

In Auseinandersetzung mit ihrer Rolle in Kooperationsbeziehungen erlebe ich zudem bei Fachkräften die Neigung, im Umgang mit Vertreter/-innen des jeweils anderen Systems jeweils den Aspekt ihres Auftrages zu betonen, der im anderen System unterrepräsentiert zu sein scheint: So kann es sein, dass Fachkräfte in unterschiedlichen Kooperationssituationen z.B. das Recht der Eltern, zu bestimmen, was mit ihrem Kinde passiert, oder das Recht des Kindes, beteiligt zu werden, oder den Auf-

trag, die Kindeswohlgefährdung im Blick zu behalten, jeweils unterschiedlich stark herausstreichen.

3.2.2 Bewilligung, Erbringung und Finanzierung

Die Abläufe der Leistungsbewilligung, -erbringung und -finanzierung machen es der einzelnen Fachkraft vor allem in den Hilfen zur Erziehung und der Eingliederungshilfe auch nicht leicht, Rolle und Auftrag selbst zu definieren und professionelle Handlungsentscheidungen ausschließlich aus einer daraus resultierenden Fachlichkeit zu treffen.

Die betreffenden Hilfen werden im Idealfall als Einzelfallmaßnahmen beim kommunalen Träger (Jugendamt) von den anspruchsberechtigten Eltern bzw. von den Rechtvertretern des anspruchsberechtigten Kindes beantragt. Das Jugendamt hat dann über die Notwendigkeit zu befinden und im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens zu einer Entscheidung über die Bewilligung einer bestimmten Hilfeform zu kommen und gemeinsam mit Eltern, Jugendlichen und Kindern deren Ziele zu bestimmen. Für die Leistungserbringung wird ein für die Kinder- und Jugendhilfe zugelassener Freier Träger beauftragt, der die beteiligten Eltern, Jugendlichen und Kinder bei der Erreichung der Maßnahmeziele zu unterstützen hat und dafür vom Jugendamt im Rahmen von vereinbarten Tagessätzen oder Volumen von Fachleistungsstunden bezahlt wird.

Im weitaus häufigeren Fall wird aber das Jugendamt von Dritten (Lehrern, Nachbarn) über Probleme in Familien informiert, worauf das Jugendamt die Betreffenden einlädt und nach Klärung der Situation die Beantragung einer Hilfe eventuell mehr oder weniger dringend empfiehlt (wenn nicht sogar unter Hinweis auf einen möglichen Antrag an das Familiengericht erzwingt). Die Fachkraft, die als Dienstleister gegenüber der Familie fungieren soll, ist somit einerseits mit nur halb freiwilligen „Kunden“ befasst und gleichzeitig Arbeitnehmer bei einem Träger, der als Dienstleister gegenüber dem Jugendamt auftritt und über diese Aufträge seine Existenz sichert. Die Fachkraft ist somit ständig in der Gefahr, dass der fachliche Anspruch ihres Auftrags in einer unsicheren Kundenbindung und ihre Loyalität gegenüber ihrem Arbeitgeber sie in ein Dilemma geraten lässt: Wird eine Hilfe schnell beendet – sei es, weil Ziele schnell erreicht wurden, weil unmotivierte Eltern die Maßnahme abbrechen oder weil gewichtige Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung eine Änderung der Hilfeform erzwingen – verliert der Arbeitgeber einen Auftrag und gerät möglicherweise wirtschaftlich unter Druck, die Fachkraft selber muss eventuell eine Kürzung ihres Stundenvolumens und damit Einkommenseinbußen hinnehmen (viele Träger schließen Verträge über ein garantiert bezahltes Stundenvolumen und einer Möglichkeit zum temporären Aufstocken bei guter Auftragslage ab). Unter diesen Rahmenbedin-

gungen kann gute fachliche Arbeit im Extremfall zu wirtschaftlichen Notsituationen führen.

In dieser Gemengelage sind Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe der Anforderung ausgesetzt, permanent abwägen zu müssen, wonach sie ihre professionellen Entscheidungen ausrichten: nach fachlichen Erwägungen im Rahmen ihres Dienstleistungs- (oder Kontroll-)auftrages oder nach wirtschaftlichen bei Berücksichtigung der Auftragslage ihres Trägers.

3.2.3 Geschichte

Dass die Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland heute von diesen Widersprüchen und inneren Brüchen geprägt ist, hat unter anderem historische Gründe. Als Vorläufer der heutigen Hilfen zur Erziehung haben einerseits die stark auf Disziplinierung und „Korrektion“ ausgerichteten frühneuzeitlichen „Armenarbeitshäuser“ zu gelten, in denen neben teils behinderten Erwachsenen auch verwahrloste Kinder und Jugendliche unter gefängnisähnlichen Zuständen zur Arbeit gezwungen wurden, andererseits die ab dem 17. Jahrhundert von zahlreichen Stiftungen gegründeten Findel- und Waisenhäuser, die aus einem Barmherzigkeitsverständnis heraus pädagogische Intentionen verfolgten. Die im Deutschen Reich so weiterhin getrennten Aufgabenbereiche, nun „Jugendfürsorge“ (Korrektion delinquenter Jugendlicher) und Jugendpflege (pädagogische Förderung bedürftiger Kinder) genannt, wurden mit dem Reichsjugendwohlfahrtsgesetz 1922 zusammengefasst und es wurden Jugendämter gegründet, in deren Zuständigkeit nun beide Aufgaben fielen, die vorher bei Orts- und Landesarmenverbänden, bei der städtischen Polizei bzw. bei Gerichten und Versicherungsanstalten angesiedelt waren (Schreck Graf von Reischach, 2006). Im Reichsjugendwohlfahrtsgesetz, das in nur leicht veränderter Form bis 1990 in Westdeutschland gültig war, wurde die Unterscheidung in einen korrektiven und einen pädagogischen Auftrag jedoch nicht aufgehoben. Dies geschah genauso wenig während des Nationalsozialismus, in der die Jugendhilfe sich in erschreckender Weise für das Ziel der „Rassenhygiene“ einspannen ließ, noch in der DDR, in der einerseits Kinderheime für („Sozial“)-Waisen als auch Spezialkinderheime und Jugendwerkhöfe mit korrektivem Auftrag existierten. Die derzeitige „Ehemalige-Heimkinder“-Debatte hat die menschenrechtsverletzenden Zustände in den bundesdeutschen Fürsorgeerziehungsheimen bis weit in die 70er Jahre hinein und den DDR-Jugendwerkhöfen wieder in den Fokus der gegenwärtigen Betrachtung geholt.

Ab 1990 schließlich wollte man mit dem neu erlassenen KJHG (dessen Teil das SGB VIII ist) diese Zweiteilung endlich überwinden und den pädagogisch unterstützenden Charakter der Kinder- und Jugendhilfe in Bezug auf alle Kinder und Jugendliche betreffende Problemlagen in das Zentrum rücken.

Mit der Kinderschutzdebatte, die unter anderem seit dem „Fall Kevin“ 2005 die Fachdiskussion prägt, und zur Einführung des §8a führte, hat der disziplinierend-korrektive Aspekt der Kinder- und Jugendhilfe jedoch wieder deutlich an Bedeutung gewonnen, wenn auch jetzt weniger im Hinblick auf die Kinder und Jugendlichen als auf deren Eltern.

3.2.4 Personal

Die Heterogenität des Auftrages findet seine Widerspiegelung in der Heterogenität des Personals. Da insbesondere in den Hilfen zur Erziehung die Bandbreite des fachlichen Anforderungsprofils sich von Anleitung zur Haushaltsführung bis zu differenzierten therapeutischen Interventionen im Rahmen von Spezialangeboten für psychisch auffällige Eltern, Kinder und Jugendliche erstreckt, finden wir ein breites Qualifikationsspektrum bei den Fachkräften von Erziehern über Sozialpädagogen bis zum Psychologen mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung. Diese Fachkräfte bringen daher unterschiedlich lange Ausbildungshintergründe mit unterschiedlichen Abstraktionsanforderungen und Gewichtungen ein.

Zudem ist der Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe auf eine spezifische „Schnittstelle“ von Individuum und Gesellschaft gerichtet (staatliche Förderung individueller Entwicklung), damit die Arbeit der Fachkräfte im Rückgriff auf verschiedene Wissenschaften (Soziologie, Erziehungswissenschaften, Psychologie, Neurowissenschaften, Rechtswissenschaften) theoretisch fundiert werden kann und muss. In diesen unterschiedlichen theoretischen Herangehensweisen werden aber die Ursachen von Verhaltensweisen, die einmal als „auffällig“, dann als „gestört“, „deviant“ oder auch „anders fähig“ bezeichnet werden, sehr unterschiedlich gefasst und es werden daher auch unterschiedliche Ansätze entwickelt, wie dieses Verhalten denn – und ob überhaupt – zu verändern sei und welchen Anteil an Verantwortung das betreffende Individuum dabei selber habe und auch behalten müsse.

Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe sind somit untereinander und mit Kooperationspartnern in einem endlosen Diskurs verfangen, in dem jedes Mal neu geklärt werden muss, in wieweit die Verhaltensweisen eines Elternteils, Kindes oder Jugendlichen Reaktionen auf seine Umwelt seien, ergo diese verändert werden müsse, oder der Betreffende Verhalteswahlmöglichkeiten habe, an deren Ausweitung mit ihm gearbeitet werden könne.

Um mit dieser hochkomplexen Situation gut im Sinne der betroffenen Eltern, Jugendlichen und Kinder umgehen zu können, braucht es eine hohe fachliche Kompetenz, eine hohe Selbstreflexionsfähigkeit und eine hohe Frustrationstoleranz. Die damit verbundene Tätigkeit sollte entsprechend auf Personal mit anspruchsvollen Berufsabschlüssen beschränkt werden und müsste gut bezahlt werden. Leider ist

zurzeit eine gegenteilige Entwicklung im Gange. Im Zuge des Kostendrucks verschlechtern sich die Arbeitsbedingungen, hoch qualifizierte Fachkräfte wandern ab und die Anzahl der in kürzeren Lehrgängen qualifizierten „Quereinsteiger“ nimmt zu. Das führt zu einer noch größeren Heterogenität in den pädagogischen Teams, durch die der fachliche Diskurs der Fachkräfte untereinander überhaupt in Frage gestellt wird. Diese Entwicklung wird durch die von mir zumindest in Brandenburg beobachtete Tendenz, zunehmend Wirtschaftsfachleute in Leitungspositionen einzustellen, noch verstärkt.

3.2.5 Zukunftsherausforderungen

Bereits heute wird deutlich, dass die zentralen Anstrengungen in der Kinder- und Jugendhilfe in den nächsten Jahren sich vorrangig auf die Deckung des Fachkräftebedarfs und den Erhalt von Qualifikationsanforderungen bei einem sich weiter erhöhenden Kostendruck richten werden. Unter dieser Drucksituation ist nicht gesichert, dass für wichtige Entwicklungsthemen, wie die weitere Überführung der Rechtslogik der Kinderrechtskonvention in die Kinder- und Jugendhilfe und die Ausweitung von Partizipation und Beteiligung auch im „Kinderschutzfall“ noch Kapazitäten bleiben.

3.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

3.3.1 Rechtliche Grundlagen

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat zur Aufgabe die Erkennung, Diagnostik und Behandlung psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen und Erkrankungen auf emotionaler und Verhaltensebene bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen und Adoleszenten. Zudem bestehen ihre Aufgaben in der vorbeugenden Gesundheitspflege, der Beratung und Begutachtung sowie der Förderung der sozialen Integration und Rehabilitation. Als ärztliches Fachgebiet ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie primär dem Gesundheitssystem zuzurechnen. Hierin bestehen Verflechtungen mit der Psychiatrie, Kinderheilkunde, Psychosomatik, Neurologie und Allgemeinmedizin.

3.3.2 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)

Die gesetzlichen Grundlagen des deutschen Gesundheitswesen sind im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) verankert. Somit finden in der Regel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Diagnostik, Burteilung und Behandlungen auf Grundlage des SGB V statt. Dort werden die Grundsätze der Ansprüche und Finanzierungen medi-

zinischer Behandlungen geregelt. Hierbei handelt es sich um ein Versicherungssystem, das die Aufgabe hat, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen und zu verbessern (§1 SGB V). Die Gemeinschaft der Versicherten schafft hierbei in einem als solidarisch und sozialverträglich gedachten Modus über ihre Versicherungsbeiträge die finanzielle Grundlage für entsprechende Maßnahmen (§3 SGB V). Die Beiträge werden von den jeweiligen Krankenkassen verwaltet und sollen entsprechend der Erfordernisse und Ansprüche der Versicherten eingesetzt werden (§4 SGB V). Den Anspruch auf eine Diagnostik oder Behandlung hat der bzw. die betroffene Versicherte (§2 Abs.1 SGB V). Kinder und Jugendliche sind in der Regel über die Familienversicherung mitversichert, stellen aber individuelle Versicherungsnehmer dar, die dementsprechend auch Anspruch auf die Leistungen haben (§10 SGB V). Ein Anspruch auf Krankenbehandlung entsteht dann, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§27 Abs1 Satz1 SGB V). Vorsorgende und präventive Maßnahmen sind nur in einigen klar definierten Umfängen vorgesehen (§§20-26 SGB V). Prägnant zusammengefasst hat also ein Kind oder ein Jugendlicher ein Anrecht auf eine Diagnostik, Beratung und Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, das versichert ist und an einer kinderpsychiatrischen Störung mit Krankheitswert leiden könnte bzw. leidet.

Einen nicht hinreichend geregelten Bereich stellt die Beratung und Kooperation mit den Bezugssystemen (Familien, Jugendhilfeeinrichtungen u.a.), der Kinder- und Jugendhilfe und dem Schulwesen dar. Dieser Bereich wird häufig als sozialpsychiatrische, soziotherapeutische oder sozialtherapeutische Maßnahmen beschrieben und gehört vom Selbstverständnis her klar zum originären Aufgabenfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Derartige Maßnahmen sind zwar im §43a SGB V auch vorgesehen, jedoch nicht weiter geregelt und konkretisiert. Über andere Gesetzesbücher, Verordnungen und Vereinbarungen können jedoch rechtliche Grundlagen für diesen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr relevanten Bereich konstruiert werden. Die Sorgeberechtigten haben hierbei als Innehabende der Personensorge das Anrecht auf die im SGB V verankerte medizinische Beratung, da sie das Kind vertreten und diese Informationen notwendig sind, um die Gesundheitsfürsorge adäquat ausüben zu können (§§1629, 1631 BGB). Behandlungen der Eltern oder familientherapeutische Maßnahmen sind jedoch nicht vorgesehen. Weitere Ansätze zur sozialpsychiatrischen Kooperation finden sich in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV), in den Vereinbarungen zu psychiatrischen Institutsambulanzen und in der gesetzlichen Regelung der Eingliederungshilfe aufgrund seelischer Behinderung gemäß §35a SGB VIII.

3.3.3 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV)

Die SPV stellt eine 1994 erstmalig getroffene Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) dar und regelt die ambulante sozialpsychiatrische Arbeit von niedergelassenen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen. Mit ihr ist es möglich geworden, dass in den Praxen zur interdisziplinären Arbeit Heilpädagogen und Sozialpädagogen oder ähnlich qualifizierte Mitarbeiter für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher angestellt werden. Die sozialpsychiatrischen Maßnahmen beziehen sich sowohl auf die intramurale Kooperation des Arztes mit diesen Mitarbeitern als auch auf die extramurale Kooperation mit anderen niedergelassenen und im kassenärztlichen Versorgungssystem tätigen Therapeuten (Ergotherapeuten, Logopäden, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten u.a.) sowie mit anderen Helfern, Erziehern, Lehrern, Institutionen der Jugendhilfe und stationären Einrichtungen. Mit diesem Konzept ist eine integrativere Versorgung mit den Helfern verschiedener Berufsgruppen und die Konzeption und Umsetzung eines Gesamtbehandlungsplanes für Kind, Familie und soziales Umfeld zumindest in den entsprechenden ambulanten Praxen, die dieser Vereinbarung beigetreten sind, ermöglicht worden.

Leider ist es bisher jedoch nicht gelungen, derartige Maßnahmen bzw. den Anspruch hierauf im Bedarfsfall gesetzlich zu verankern. Vielmehr handelt es sich um eine Vereinbarung zwischen gesetzlichen Krankenkassen und niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, die wieder einseitig gekündigt werden könnte. Somit ergibt sich keine wünschenswerte Verbindlichkeit und Verlässlichkeit. Empfehlungen einer verbindlichen gesetzlichen Regelung wurden bisher nicht umgesetzt (Warnke und Lehmkuhl, 2011).

3.3.4 Psychiatrische Institutsambulanzen (§118 SGB V)

Im §118 des SGB V wird zudem die Etablierung von sogenannten psychiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen festgelegt, deren Leistungsberechtigte und -umfang in gesonderten Vereinbarungen zwischen GKV-Spitzenverband, Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und KBV bzw. zwischen den jeweiligen Landesverbänden festgelegt werden. In diesen Vereinbarungen finden sich ebenfalls Leistungen aus dem Bereich der sozialpsychiatrischen Behandlung im Sinne einer Komplexbehandlung (§5 Vereinbarung gemäß §118 Abs2 SGB V). Leistungsberechtigt sind hierbei Versicherte, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankungen auf eine entsprechende Behandlung angewiesen sind. Andere Betroffene sind nicht anspruchsberechtigt auf derartige Leistungen. Zudem handelt es sich auch hierbei nicht um eine dauerhafte, verbindliche, gesetzliche Regelung, son-

dern eine Vereinbarung, die gekündigt werden kann und deren Ausgestaltung und Umfang von Bundesland zu Bundesland variiert.

3.3.5 Eingliederungshilfe aufgrund seelischer Behinderung (§35a SGB VIII)

Eine weitere gesetzliche Grundlage zu soziotherapeutischen Maßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Sinne einer Kooperation mit anderen Helfern findet sich im §35a SGB VIII. Hier wird verbindlich festgelegt, dass die Stellungnahme eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Hilfeplanverfahren erforderlich ist, um die Abweichung der seelischen Entwicklung zu beurteilen (§35a Abs.1a SGB VIII). Hierbei soll das Störungsbild diagnostiziert, sein Krankheitswert beurteilt und die Bedarfe dargestellt werden.

Neben der Erstellung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Stellungnahme ist die Einbindung der Person, die die Stellungnahme erstellt hat, auch im weiteren Hilfeplanverfahren festgelegt worden (§36 Abs.3 SGB VIII). Somit ist das Hinzuziehen kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Kompetenz auch im Rahmen der Aufstellung, Durchführung und Änderung von Hilfen nach §35a, also im weiteren Verlauf, gesetzlich vorgeschrieben.

Im Allgemeinen wird bezüglich der Stellungnahme bei Eingliederungshilfen nach §35a SGB VIII davon ausgegangen, dass die notwendigen Untersuchungen und diagnostische Beurteilung im Rahmen der Diagnostik nach SGB V, sprich über die jeweilige Krankenkasse, finanzierbar ist und die Zusammenfassung und Erstellung der Stellungnahme im Rahmen des Hilfeplanverfahrens durch die Jugendhilfe abgedeckt ist (Fegert, Roosen-Runge, Thoms, Kirsch, Kölch, 2008). Alternativ wird die Diagnostik und Beurteilung im Rahmen eines Gutachtens im Auftrage des zuständigen Jugendamtes herangezogen, das auch die Kosten trägt.

Noch unklarer bleibt die Beteiligung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im weiteren Hilfeplanverfahren nach §36 Abs.3 SGB VIII. Hierbei geht es unter anderem auch um die finanzielle Grundlage der Leistungen, sprich, ob diese Leistungen über die Krankenkassen oder die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zu finanzieren sind. Dies führt dazu, dass beide Systeme dazu neigen, die Kostendeckung im jeweils anderen System zu sehen. Ein weiteres Problem hierbei stellt dar, dass im Gesetzestext nicht weiter konkretisiert wird, in welcher Form und in welchem Umfang die Beteiligung des Kinder- und Jugendlichenpsychiaters und -psychotherapeutens auszusehen hat. Dies kann variieren von der Einforderung weiterer schriftlicher Stellungnahmen bis zur persönlichen Beteiligung im Hilfeplangespräch. Es bleibt auch unklar, wer hierbei als Auftraggeber und Leistungsberechtigter auftritt. Dies könnten die Sorgeberechtigten oder das zuständige Jugendamt sein,

was wiederum auch davon abhängt, welcher gesetzlichen Grundlage man die Beteiligung zuschreibt. Aufgrund der multiplen Unklarheiten ist somit der Bereich des §36 Abs.3 SGB VIII bisher lediglich ansatzweise und regional sehr unterschiedlich umgesetzt worden (Fegert et al., 2008).

3.3.6 Geschichte

Um die aktuelle rechtliche aber auch konzeptionelle Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie besser zu verstehen, macht es Sinn, Einblicke in die Entwicklung des Gesundheitswesens sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu gewinnen.

Entstehung des heutigen Gesundheitswesens

Unser heutiges Gesundheitswesen ist im Bereich der Sozialversicherungen angesiedelt, deren Geschichte sich vom Deutschen Kaiserreich bis in die Gegenwart erstreckt. Als Vorläufer werden die berufsspezifischen Versorgungssysteme der Zünfte und Gilden des Bergbaus angesehen. 1881 initiierte Kaiser Wilhelm I. auf Anraten des Reichskanzlers Otto von Bismarck die Schaffung einer finanziellen Absicherung von Arbeitern gegen Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter. 1883 wurden somit die gesetzlichen Krankenversicherungen der Arbeiter als erste Sozialversicherung für Arbeitnehmer eingeführt. Die Sozialversicherungen wurden bis 1988 über die Reichsversicherungsordnung (RVO) geregelt. 1988 erfolgte die Einführung des Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung, das bis heute mit einigen Modifikationen weitestgehend das Gesundheitswesen regelt.

Entstehung des Fachs Kinder- und Jugendpsychiatrie

Als Geburtsstunde der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird meist die Veröffentlichung einer Abhandlung zum Fachgebiet von dem Psychiater Hermann Emminghaus (1887) mit dem Titel "Die psychischen Störungen des Kindesalters" angesehen. Der Begriff "Kinderpsychiatrie" wurde 1899 durch den französischen Psychiater Marcel Mannheimer-Gommès eingeführt. 1911 wurde als erste kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung "die heilpädagogische Abteilung für hirnorganisch- und verhaltensgestörte Kinder" durch den Pädiater Erwin Lazar an der Wiener Universitätsklinik eröffnet. Als "Provinzialkinderanstalt für seelisch Abnorme" wurde im Jahre 1926 durch den Psychiater Otto Löwenstein in Bonn die erste eigenständige kinder- und jugendpsychiatrische Klinik gegründet. Die im Jahre 1939 initiierte Gründung der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie wird heute als die Geburtsstunde

des eigenständigen Fachgebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Deutschland angesehen (Remschmidt et al., 1990).

In den Jahren 1933 bis 1945 während der nationalsozialistischen Herrschaft war die Kinder- und Jugendpsychiatrie eng mit der nationalsozialistischen Ideologie und Organisation verflochten (Lehmkuhl, 1993). Im Rahmen des "Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" und der nachfolgenden Euthanasie beteiligte sie sich unter anderem in den sogenannten "Kinderfachabteilungen" aber auch in anderen Einrichtungen und Kliniken an der Selektion, Separation und Ermordung vieler Tausender Kinder mit psychischen oder geistigen Behinderungen (Schmidt, 1983). Die damit verbundene Präsentation, Zuschreibung und Schuld ist bis heute Gegenstand des Bildes, wie Kinder- und Jugendpsychiatrie be(vor)urteilt wird, aber auch von kritischer Reflexion.

In der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie nach der Teilung Deutschlands in der damaligen BRD und DDR teilweise unabhängig voneinander. Während in den ostdeutschen Bundesländern die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch die Neurologie umfasste, wurde in den westdeutschen Bundesländern die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie stark von sozialpädagogischen bzw. -psychiatrischen Ansätzen beeinflusst. Hierbei spielte unter anderem die 1975 vorgelegte Psychiatrie-Enquête eine entscheidende Rolle, so dass die Versorgung insbesondere ambulanter und gemeindenaher beispielsweise in mobilen Diensten oder sogenannten "Kontakt- und Beratungsstellen" ausgebaut wurde. In der BRD wurde 1969 der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständiger Facharzt eingeführt, der 1992 mit Implementierung der Psychotherapie zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erweitert wurde. Dahingegen wurde in der DDR 1969 die Ausbildung zum Kinderneuropsychiater eingeführt und 1974 als Subspezialisierung von Fachärzten für Pädiatrie oder Neurologie/Psychiatrie gesetzlich festgelegt. Mit der Wiedervereinigung wurden beide Entwicklungen zu einer deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie integriert. Die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verband sich zunehmend mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus anderen, insbesondere europäischen Ländern zu einer europäischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, deren Weiterentwicklung bis heute anhält (Rothenberger, 2005).

Somit verschmelzen in der heutigen Kinder- und Jugendpsychiatrie unterschiedlichste kinderpsychiatrische Traditionen mit neuropsychiatrischen, verhaltenstherapeutischen, sozialpsychiatrischen, heilpädagogisch-entwicklungspsychologischen, tiefenpsychologisch-analytischen und epidemiologisch-statistischen Ansätzen zu einer biopsychosozialen Kinder- und Jugendpsychiatrie mit auf Evidenz und Erfahrungen basierten Methoden und multiplen Schnittstellen zu anderen medizinischen Kli-

niken, wie den beiden Mutterfächern Pädiatrie und Psychiatrie, aber auch zu anderen psychosozialen Diensten, wie Rehabilitation, Sozialdienst, Gesundheitsamt, Schule, Rehabilitation und insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe.

3.4 Schlussfolgerungen

In Tabelle 1 sind die unterschiedlichen Aspekte der rechtlichen und historischen Grundlagen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und denen der Kinder- und Jugendhilfe noch mal systematisch gegenübergestellt. Hierbei zeigen sich auf der einen Seite die potentiellen Schwierigkeiten, die in der Kooperation entstehen können, wie Vorurteile, Konkurrenz und Verantwortungsdiffusion. Auf der anderen Seite bergen gerade diese Unterschiede Möglichkeiten und Chancen in sich, um zu einer sich ergänzenden und fruchtbaren Kooperation zwischen den beiden Bereichen zu gelangen.

Tabelle 1: Risiken, Chancen und daraus resultierende Empfehlungen der unterschiedlichen rechtlichen und historischen Grundlagen in der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

	Gesundheitswesen/ Kinder- und Jugendpsychiatrie	Jugendhilfe/ Hilfe zur Erziehung	Konsequenzen für die Kooperation	Chancen	Empfehlungen für die Kooperation
Gesetzlich definierter Auftrag/ Ziele	Gesundheit der Versicherten erhalten, wiederherstellen oder verbessern (Art.1 SGB V) Linderung von medizinisch bedingtem Leiden	Förderung der Entwicklung junger Menschen Unterstützung der Erziehung in der Familie Wachen über die elterliche Betätigung (GG Art. 6, SGB VIII), Sicherung des Kindeswohls	Systeme haben unterschiedliche Aufträge und Ziele und unterschiedliche Voraussetzungen zur Rechtfertigung von Leistungen, das führt zum Teil zu "Kompetenzrangeleien"	Ergänzende Perspektiven und Sichtweisen	Auftrag des anderen kennen und sich vergegenwärtigen, „Schnittmenge“ im Kontext des jeweiligen Auftrags genau bestimmen und sich darauf gemeinsam ausrichten, wechselseitige Akzeptanz, dass jeder in seinem Bereich Fachfrau/mann ist
Leistungen	Prävention, Früherkennung, Behandlung und Linderung von Krankheiten (bzw. Störungen)	Jugendarbeit, Kindertagesbetreuung, Elternbildung, Trennungsberatung,	Überwiegend sich ergänzende Leistungen, teilw. aber auch konträre Leistungen, teilw. sich	Sich ergänzende Maßnahmen sind möglich	Wechselseitige Abstimmung von Leistungsangeboten; Etablierung von

	(Art. 11 SGB V): Diagnostik, ambulante und stationäre Behandlung, Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel und medizinische Rehabilitation	Hilfe zur Erziehung in Form von ambulanten und stationären elternunterstützenden, ergänzenden und ersetzenden Angeboten, §35a auch Rehabilitation	überlappende Leistungen		Austauschforen zur konkreten Abstimmung von Hilfen Abklärung des Casemanagements
Anspruchsberechtigter Personenkreis	Versicherte, d.h. Solidargemeinschaft der Mitglieder der Krankenkassen, d.h. die Patienten	Vorrangig Erziehungs- und Sorgeberechtigte, zum Teil auch Kinder und Jugendliche (§35a), Eltern müssen als Rechtsvertreter den Antrag stellen	Maßnahmen haben unterschiedliche Adressaten	Sowohl das System als auch der Einzelne kann unterstützt werden	Entwicklung gemeinsamer Modelle in denen sich beide Definitionen wiederfinden
Bedarfsfeststellung	Behandelnder Arzt stellt selber Indikation und muss diese ggf. rechtfertigen	Öffentlicher kommunaler Träger (Jugendamt)	Aufgaben der Bedarfsfeststellung, Leistungserbringung und Finanzierung sind in beiden Systemen auf unterschiedlichen Schultern unterschiedlich verteilt. Dadurch ergeben sich jeweils andere Abhängigkeiten innerhalb des Systems	Bedarfe in verschiedenen Lebensbereichen können erkannt werden (Sozialpädagogische sowie medizinisch-psychologisch)	Abhängigkeiten innerhalb des anderen Systems kennen und verstehen
Leistungserbringer	Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater Niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Psychiatrische Institutsambulanzen an Kliniken Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken	Öffentliche und freie Träger der Jugendhilfe (Einrichtungen)	Multiple Leistungserbringer bereits innerhalb der beiden Helfersysteme aber erst recht in der Zusammenarbeit beider	Multiprofessionalität, Austausch zwischen verschiedenen Professionen möglich	Multiprofessionalität als Kongruenz und Bereicherung, nicht als Konkurrenz ansehen, Netzwerkarbeit, Wechselseitiges Kennenlernen der Mitarbeiter/-innen

Finanzierung	Krankenkassen	Kommunale Steuergelder (Jugendamt)	Unterschiedliche finanzielle Töpfe mit unterschiedlichen Kontrollen, Versuche der gegenseitigen "Kostenabwälzung"	Finanzierung aus mehreren Töpfen möglich	Transparenz bzgl. finanziellem Dissens herstellen anstatt fachlichen Dissens vorschieben Längerfristig Systeme zur gemeinsamen Finanzierung der Überlappungsbereiche
Personal	Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie Weiterbildungsassistenten Psycholog/-innen Sozialpädagogen/Sozialarbeiter Krankenpfleger Pädagog/-innen Fachtherapeuten	Heterogen: Erzieher, Sozialpädagogen, Psychologen, Erziehungswissenschaftler, Therapeuten, in den Leitungen auch Wirtschaftsfachleute	Gefälle zwischen den Systemen, was Ansehen und Zuschreibung von Qualifikation anbelangt, Unterlegenheitsgefühle auf Jugendhilfeseite	Zusammen kann ein multiprofessionelles Helfersystem mit wechselseitiger Ergänzung möglicher Hilfen	Fachkräfte der Jugendhilfe sollten in Hinblick auf ihren heterogenen Auftrag fachliches Selbstbewusstsein entwickeln und den Auftrag anderen vermitteln lernen, Etablierung eines Verhaltenskodex zur Schaffung einer kooperativen Atmosphäre Transparenz und verständliche Erläuterung von Entscheidungen
Theoretische Fundierung	Auftrag bezieht sich primär auf Krankheiten, Störungen und ihre Symptome, sekundär auf dadurch bedingte Beeinträchtigungen oder Behinderungen Behandlung vs. Körperverletzung Ansätze je nach Schule teilw. unter-	Auftrag der Jugendhilfe betrifft die Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft -> sozialwissenschaftliche, psychologische und rechtswissenschaftliche theoretische Fundierungen	Unterschiedliche Blickwinkel Durch die Heterogenität in beiden Systemen kommt es immer wieder zu Irritationen bei unterschiedlichen Empfehlungen, was die Entstehung von Vorurteilen begünstigt	Möglichkeit zur Entwicklung eines multiperspektivisches Fallverständnis	Blick für die verschiedenen theoretischen Fundierungsmöglichkeiten weiten, Akzeptanz dass es verschiedene Sichtweisen und nicht eine richtige Sicht gibt, Wechselseitige

	schiedlich (tiefenpsychologisch, behavioral, systemisch, humanistisch-existentiell)				oder gemeinsame Fortbildungen Wechselseitige Hospitationen
Menschenbild	Individuum mit seinen Leiden, Stärken und Schwächen in einem System aus weiteren Individuen; stark abhängig von Therapeutischer Ausrichtung	Paradoxon der Subjekt- bzw. Objekthaftigkeit des Menschen: Mensch (Kind als auch Elternteil) erscheint tendenziell als Objekt der Verhältnisse, die ihm ermöglichen oder verwehren „Subjekt“ zu sein	Frage nach den jeweiligen Verantwortlichen für die bestehenden Probleme und deren Lösung wird unterschiedlich beantwortet, was die Entstehung von Vorurteilen begünstigt	Der Mensch und sein Verhalten kann umfassender gesehen und verstanden werden	Gemeinsame Diskurse über Verantwortlichkeiten für Problementstehung und -lösungen führen
Geschichtliche Hintergründe	Irrenanstalten Missbrauch für politische und ideologische Ziele (Bismarck, NS, DDR) Euthanasie Umerziehung Bestrafung, wenn selbst Heimeinrichtung nicht regelkonformes Verhalten erzwingen konnten Exklusion psychisch Kranker aus der Gesellschaft Entmündigung psychisch Kranker bzw. deren Eltern Psychiatrie Enquête	Karitative und ordnungspolitische Wurzeln: Waisenversorgung und korrektive Fürsorgeerziehung für den „delinquenten“ Jungen, das „gefallene“ Mädchen, Instrumentalisierung für politische Ziele wie „Rassenhygiene in der NS-Zeit, aber auch indem politisch unliebsame Menschen mit Herausnahme und Heimunterbringung ihrer Kinder diszipliniert wurden (NS, DDR, auch Bundesrepublik), Heime als rechtsfreie	Beide Systeme haben aus historischen Gründen mit einem „schlechten Ruf“ bis heute zu kämpfen	Gemeinsame Aufarbeitung ist möglich	Sich über die Tendenz, den eigenen schlechten Ruf zu verdrängen und den des anderen Systems sehr präsent zu haben, klar werden, gegenseitige Unterstützung bei der Aufarbeitung

		Räume, in denen Kinder und Jugendliche missbraucht, misshandelt und ausgebeutet werden konnten „emanzipatorische Wende“ ab 1968, SGB VIII als Unterstützungsgesetz ab 1990			
Zentrale fachliche Diskussionen	Erforschung von Prävalenz, Entstehung, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten von Störungen Leitlinienerstellung zur Behandlung definierter Störungen Aufklärung und Einverständnis der Sorgeberechtigten (Informed Consent) Mitspracherecht von Kindern und Jugendlichen Missbrauch der KJPP für Idiologien Fehlentwicklungen in der KJPP	Umgang mit der „Janusköpfigkeit“ des Eingriffs-/Schutz- und des Unterstützungsauftrags, Freiheitsentziehende Maßnahmen, Umsetzung der UN-Kinderrechtslogik, Aufarbeitung der Unrechtsgeschichte	Tendenzen zur Lagerbildung in der Jugendhilfe in Verbindung mit hohen„Empfindlichkeiten“, Teilw. Arroganz auf Seiten der KJPP als Folge der als mangelhaft erlebten wissenschaftlichen Fundierung, Unterschiede in der Bewertung von Kindeswohl, Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Kinder und Mitbestimmungsrecht der Sorgeberechtigten	Gegenseitiges Anregen und voneinander Lernen möglich	Zentrale fachliche Diskussionen und Empfindlichkeiten kennen, Spezialisierung einzelner Fachkräfte durch entsprechende Weiterbildung und Erwerb von Fachkompetenzen, Aufbau gemeinsamer Arbeitskreise zu bestimmten Fragestellungen, die ggf. zur Beratung herangezogen werden können
Neue fachliche Perspektiven	Stärkung der Integrativen Versorgung Prävention von Störungen Ausweitung multidisziplinärer Modelle Wissenschaftlich fundierte Verbesserung etablierter und Entwicklung neuer Diagnostik-/Behandlungsmethoden	Kinderrechts- und Beteiligungsdiskussion, Kinder als anspruchsberechtigte Subjekte im Hinblick auf die Unterstützung ihrer Bildungs- und Entwicklungsprozesse Integration von psychothera-	Angst einerseits vor Kompetenzübergriffen andererseits vor Abgrenzung Angst vor Überobjektivierung am Menschen vorbei Zunahme evidenzbasierter "Behandlungen" zuungunsten der erfahrungsbasierten Ansätze	Gemeinsame Entwicklung kooperativer Lösungen und integrativer Hilfsangebote	Gemeinsames Entwickeln von Zugängen, die das Kind und seine Rechte in den Blick nehmen, möglichst klare Abstimmung der Zuständigkeitsbereiche und deren Finanzierung

		peutischen Maßnahmen in sozialpädagogische Einrichtungen			

3.5 Literatur

Schreck Graf von Reischach, G.: Jugendhilfe und Schule, Heidelberg 2006, S. 114, http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2006/7022/pdf/Jugendhilfe_ und_SchuleF.pdf

SGB VIII, Stand 22.12.20122, http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/BJNR111630990.html

SGB V, Stand 21.7.2012, http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Stand 11.7.2012, http://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html

Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Stand 01.07.2009, http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=10037 59124

Warnke A. und Lehmkuhl G. (2011). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihrer Familien. Stuttgart: Schattauer.

Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen, Stand 01.07.2010, http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1 /krankenhaeuser/psychiatrie/ psychiatrische_institutsambulanzen/ KH_Psych_20100430_PIA-Vereinbarung.pdf

Fegert J.M., Roosen-Runge G., Thoms E., Kirsch U., Kölch M. (2008). Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII der Kommission Jugendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 36, 279-286.

Fegert J.M., Warnke A., Herpertz-Dahlmann D. (2008). Hilfen zur Teilhabe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche müssen erhalten bleiben. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 36, 305-307.

Emminghaus H. (1887). Die psychischen Störungen des Kindesalters. New Hampshire: Ayer Publishing.

Mannheimer-Gommès M. (1899). Les troubles mentaux de l`enfance. Précis de psychiatrie infantile avec des applications pédagogiques et médico-légales. Paris: Société D`éditions Scientifiques.

Remschmidt H., Schmidt, M.H., Strunk P. (1990). 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 18, 3-4.

Lehmkuhl G. (1993). Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 21, 3-4.

Schmidt G. (1983). Selektion in der Heilanstalt 1939-1945. Frankfurt: Suhrkamp.

Rothenberger A. (2005). Auf dem Weg zu einer "Europäischen Kinder- und Jugendpsychiatrie". Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 33, 255-257.

4. Von der Kooperationsvereinbarung zu Kooperationsstandards

Cornelia Fritsche und Martin Hoffmann

4.1 Kooperationsvereinbarungen wozu?

Die Hürden der Kooperation zwischen Heimen, Jugendämtern und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken liegen nach unseren Erfahrungen v.a. im mangelnden Wissen und Verstehen hinsichtlich der jeweils anderen Organisation, in unterschiedlichen Denk-, Sprach- und Handlungsmustern und in widersprüchlichen oder unerfüllbaren Erwartungen. Kommunikationsstörungen werden begünstigt durch Statusunterschiede der beteiligten Berufsgruppen und die Dynamik der Organisationen, die eher einen „Sog nach innen“ als Offenheit nach außen erzeugt. Hinzu kommt ein strukturelles Problem: Kooperation wird fachlich gefordert, ist gesetzlich vorgeschrieben (§ 81 SGB VIII), in der Umsetzung aber in der Regel weder klar strukturiert noch finanziert. So bleiben Quantität und Qualität weitgehend unbestimmt und dem freiwilligen Engagement einzelner Fachkräfte überlassen.

Kooperationsvereinbarungen sollen helfen, diese Hürden zu überwinden und die Zusammenarbeit auf eine klar geregelte Basis zu stellen. Sie erhalten die Bedeutung, die ihnen von den Partnern gegeben wird. Sie können zu einem zentralen Steuerungsinstrument für die Gestaltung guter Kooperation werden, wenn die beteiligten Organisationen, in erster Linie ihre Leitungen, sie entschlossen dafür nutzen. Sonst landen sie – wie viele andere Papiere auch – ohne Relevanz in der Schublade.

Ihr Status ist zunächst der einer freiwilligen Selbstverpflichtungserklärung der Organisationen. Wege der weiteren Aufwertung (z.B. verbindliche Entschließung im Jugendhilfeausschuss oder Festlegung von Verfahrensweisen durch Arbeitsanweisungen) wurden im Rahmen des Projekts zwar diskutiert und ins Auge gefasst, bisher jedoch nur ansatzweise umgesetzt.

In Eberswalde wurde ein Schritt zur gemeinsamen Prozessverantwortung gemacht, an einer wichtigen Schnittstelle Verantwortlichkeiten definiert und in einer Verfahrensanweisung festgeschrieben. Ziel dabei ist es sicherzustellen, dass die sorgeberechtigten Kindeseltern mindestens durch ihr Einverständnis, möglichst durch ihre Anwesenheit bei der Aufnahme und im Erstgespräch einbezogen werden. Dazu gibt es ein Informationsblatt an die pädagogischen Betreuungspersonen, das im Vorfeld einer Aufnahme zu rechtlichen Notwendigkeiten und Schritten informiert.

4.2 Kooperationsvereinbarungen in anderen Regionen

Kooperationsvereinbarungen oder -empfehlungen liegen bereits in zahlreichen Regionen vor. Eine kompakte Auswertung verschiedener Kooperationsvereinbarungen und -konzepte[1] ergibt folgendes Bild:

Als Begründungen für bessere Kooperation werden – zusammengefasst – genannt:

- Zielgruppe benötigt komplexe Leistungen
- Steuerungslast/Steuerungsverantwortung darf nicht bei den Klienten liegen
- Synergien statt Parallelentwicklungen – innerhalb eines Sozialleistungssystems arbeiten statt in einzelnen SGB Bereichen, Nachrangigkeit der Jugendhilfe gebietet, auf Synergien hinzuarbeiten
- Integration vorhandener Kompetenzen statt spezialisierter Einrichtungen – „Hilfen aus einer Hand“, Interdisziplinäres Arbeiten – Transdisziplinäres Arbeiten: Spezialisierungen/Differenzierungen auf der Systemebene forcieren Exklusionsprozesse zulasten der Klienten
- Klarheit hinsichtlich Rolle, Verantwortung, Eigenständigkeit im fachlichen, kollegialen Dialog
- Akzeptieren der fachlichen Autonomie, Kompetenz und Professionalität
- Bereitschaft zu Transparenz über Zuständigkeiten, Entscheidungsstrukturen und Verfahren/Handeln und Handlungsschritten
- Beteiligung der Betroffenen und deren gesetzlicher Vertreter
- Wille zu abgestimmtem Handeln, gemeinsamer Gestaltung der Übergänge auf allen Ebenen der beteiligten Organisationen

[1] Genutzte Materialien (Quellen: Internet):

- Verfahrensvereinbarung Groß-Gerau/Kreisjugendamt und KJPP Riedstadt, 2004
- Qualitätsstandards guter Kooperation und ihre aktuelle Umsetzung in der bayerischen Frühförderung, München 2002
- Vereinbarung Hochtaunuskreis, Landeswohlfahrtsverband/KJPP-Klinik Rheinhöhe, niedergelassene Fachärzte für KJP und HzE-Trägern/stationär im Hochtaunuskreis, Nov. 2005
- Reisensburger interdisziplinärer Appell, 2008
- Koopvereinbarung Berlin Südwest/2008 (KJPP, JUG/GES/Soz/Schule Thf-Sch und St-Z, Sen Bild)
- Kooperationsprojekt Hessen/Wiesbaden, 2006
- Ein Klima der Kooperation fördern. Hamburger Handlungsleitfaden für die Kooperation, 2007

- Bereitschaft zu gemeinsamer Prozessverantwortung bei klarem Fallmanagement

„Diese Kooperation kann dabei nur auf dem Hintergrund eines gemeinsamen Verständnisses als sich ergänzende und unterstützende Systeme und nicht auf der Folie eines konkurrierenden Definitionsgerangels funktionieren. Kooperation bedeutet dabei dann nicht nur eine Weitervermittlung von einem in das andere System (additive Kooperation), sondern auch die gemeinsame Definition als ein Hilfesystem für bestimmte Kinder und Jugendliche mit der Zielsetzung der Optimierung der Versorgung (synergetische Kooperation).“ (Bundesverband katholischer Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfen e.V., Freiburg, 2009).

Folgende Punkte werden in Kooperationsvereinbarungen benannt, bearbeitet und vereinbart:

- Generelle Aufgaben/Aufträge der Jugendhilfe und der KJPP werden beschrieben und auf ggf. vorhandene Konzepte wird verwiesen.
- Gesetzliche Vorgaben und Einschränkungen werden benannt (z.B.: örtliche/sachliche Zuständigkeit, Antragsverfahren, Beteiligungsverfahren, Fallmanagement/Behandlungsauftrag, Nachrangigkeit/Unterhaltsverpflichtung, Datenschutz/Schweigepflicht, Wahrnehmung des Wächteramtes, Inobhutnahme/Zwangsmaßnahmen/Behandlung ohne Zustimmung).
- „bessere Kooperation“ wird begründet und entsprechende Ziele werden formuliert (z.B.; Beziehungskontinuität in schwierigen Situationen; Wahrnehmen und Annehmen von mehrfach und psychisch belasteten Kindern/Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe; Qualifizieren der Hilfeplanung (sozialpädagogische Diagnostik); bei stationären Unterbringungen generell/systematisch psychische Belastungen erheben und Hilfeverläufe systematisch evaluieren; Zielerreichung/ Wirkorientierung für änderungssensitive Parameter bei Verhaltensauffälligkeiten öffnen; Anpassen der Hilfesettings und pädagogischen Konzepte an die komplexen Bedarfslagen; „Haltefähigkeit“ stationärer Jugendhilfeeinrichtungen erhöhen/hochqualifizierte Pädagogik; gemeinsame Fallsicht, Mischfinanzierungen/Vernetzung an den Systemgrenzen; Kompetenztransfer; aufsuchende KJPP als Mittel, um Versorgung zu verbessern, Akzeptanz der Versorgung zu erhöhen, psychiatrische Interventionen effektiver zu machen; eine Lobby für schwer belastete Kinder/Jugendliche schaffen).
- die Zielgruppen, die von „besserer Kooperation“ profitieren sollen, werden genannt.

- als Handlungsebenen, die von den Vereinbarungen berührt werden, werden benannt: institutionelle Ebene (welche Träger, Einrichtungen, Dienste etc.), professionelle/personenbezogene Ebene und Klientenebene (Zielgruppe/n).
- die handlungsleitenden Prinzipien für die Kooperation im Einzelfall/ interdisziplinär/ auf der institutionellen Ebene werden benannt.
- handlungsleitende Begriffe werden definiert (Diagnose, Krise, Hilfeplanung u.ä.).
- die Steuerungsverantwortung im Einzelfall (Hilfeplanung) und auf der „Systemebene“ wird zugewiesen und festgehalten.
- die angezielte Prozessqualität wird beschrieben.
- die Kernprozesse, die von der Kooperationsvereinbarung berührt sind, werden beschrieben (typischerweise: Anfrage, Übergang I/ Aufnahme, Diagnostik, Behandlung, Entlassung/ Übergang II; Settings: ambulant (Geh und Komm), teilstationär, stationär; Kriseninterventionen; Clearingaufträge in besonderen Fällen; geplante/nichtgeplante Aufnahmen; Unterbringung nach §1631 BGB).
- Start und Endpunkte/Fristen/Dauer von Kernprozessen werden festgelegt.
- die konkreten Beiträge von Jugendhilfe und KJPP werden beschrieben .
- die Beteiligung der PSB/Eltern (u.a. Informationen, Erlaubnisse einholen, Involvieren) wird vereinbart und beschrieben, inkl. zugehöriger Dokumente/Dokumentationen.
- Schnittstellen werden definiert und die erwartete Kommunikation beschrieben (z.B.: zuerst aufgesuchte Institution schätzt ein, ob eigener Handlungsansatz ausreichend, wenn nicht beginnt Kooperation im Einzelfall (standardisiertes Verfahren, Einverständnis der PSB zu Kooperation beider Systeme).
- die unterstützenden Verfahren (Manuale, Dokumentation, Krisenpläne u.a.) werden dargestellt.
- die angezielte Strukturqualität wird beschrieben und die dazugehörenden Elemente werden benannt, z.B.: Information Angebote, Zuständigkeiten, Entwicklungen, Organigramme, Telefonlisten, Erreichbarkeit; Leitungsverantwortung, Verantwortungsbereiche der Fachkräfte; Koordination/Informationsfluss (bei wem fließt zusammen, wer verteilt); Hospitationen; Interdisziplinäre Fall- und Fachgespräche; Gemeinsames Lernen: Arbeit an exemplarischen Fällen, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, Expertenhearings; Kennenlernen der gesetzlichen Rahmenbedingungen; Regionale Vernetzung; Vereinbarungen/Kontrakte.

- die Finanzierungsinstrumente werden benannt (Regelaufgaben, besondere Stellungnahmen u.ä.)
- Verfahren werden beschrieben, mit denen die Qualität der Ergebnisse erhoben und ausgewertet wird.
- Kommunikation mit der sonstigen Fachwelt wird vereinbart (z.B. Fachtage).
- „Störfälle“ in der Kooperation werden einer bestimmten Instanz zur Bearbeitung/Klärung zugewiesen.
- die Gültigkeit der Vereinbarung wird befristet, ein Überprüfungsmodus vereinbart.
- Als Anlagen werden u.a. aufgeführt: Rechtliche Grundlagen inkl. Verfahrensvorschriften für die beteiligten Systeme, gemeinsam zu nutzende Instrumente/Formulare.

4.3 Der Weg ist das Ziel

Im Vergleich zu den Inhalten der eben genannten Empfehlungen und Vereinbarungen nehmen sich die Themen der Kooperationsvereinbarungen im Rahmen des Projekts recht bescheiden und einfach aus. Es war uns wichtig, den Beteiligten keine Vorgaben von außen zu machen, sondern sie ihren eigenen Weg gehen zu lassen.

So erarbeiteten in der Pilotregion um die Klinik in Eberswalde Vertreter/-innen von drei Heimen, drei Jugendämtern und der Klinik selbst mit Hilfe der Moderation durch den Projektträger *Ruhe in Bewegung* im Verlauf von 5 Arbeitsgruppentreffen mit ergänzenden Arbeitskontakten untereinander die im Anhang 1 zu diesem Kapitel eingefügte Vereinbarung.

Sie erfasst die Punkte, die aus der Praxis heraus und durch die Befragung der ersten Evaluationsphase als bedeutsam und regelungsbedürftig erschienen. Die Formulierungen wurden in intensiven und z.T. kontroversen Diskussionen gemeinsam erarbeitet und beschlossen.

Unstrittig waren Festlegungen zur Vereinbarung von Ansprechpartnern und Erreichbarkeit. Aufwendiger war die Verständigung auf einen Begriff zur Benennung der Kinder und Jugendlichen, die mit der „Zielgruppe“ gemeint sind. Um einer möglichen Etikettierung und Stigmatisierung vorzubeugen, einigte sich die Gruppe auf die Bezeichnung „Kinder und Jugendliche mit komplexem, fachbereichsübergreifendem Hilfebedarf“. Dieser Begriff war auch in der Kooperationsvereinbarung eines Berliner Modellprojekts 2003 gewählt worden.

Heftig diskutiert wurden ferner die Formulierungen zum Thema Krise. Daraus entwickelte sich ein gemeinsames Verständnis des Begriffs „Krise“, Vorgehensweisen

und Handlungsoptionen wurden festgelegt und die Einrichtungen verpflichteten sich grundsätzlich, die Wiederaufnahme des Kindes/Jugendlichen in seine bisherige Jugendhilfeeinrichtung zu ermöglichen. Bezogen auf die Brandenburgischen Heime insgesamt ist es ein wesentlicher Kritikpunkt von Seiten der Psychiatrie, dass „schwierige“ Kinder und Jugendliche zu oft „abgeschoben“ und nach Aufnahme in die Klinik nicht mehr weiter betreut werden.

Der Prozess der Erarbeitung der Kooperationsvereinbarung trug ganz wesentlich zum gegenseitigen Verstehen der jeweils anderen Organisationen bei. Dies betraf aus Sicht der Klinik v.a. auch die Rolle der Jugendämter bei der Fallsteuerung und Hilfeplanung. Das Feld der Hilfe zur Erziehung ist anderen Arbeitsfeldern in seiner Komplexität, Vielfalt und rechtlichen Eingebundenheit häufig nicht hinreichend vertraut. Ähnliches gilt umgekehrt für die Möglichkeiten und Grenzen des Gesundheitswesens.

In den anderen beiden Projektregionen nahm die Arbeit an den Kooperationsvereinbarungen einen unterschiedlichen Verlauf. Sie erhielten die Vereinbarung der Pilotregion als Vorlage.

In der Region Brandenburg fanden ebenfalls 5 AG Treffen statt – ergänzt durch intensive Untergruppenarbeit z.B. zum Thema Umgang mit Krisen. Die Kooperationsvereinbarungen wurden nur in der 1. Sitzung intensiv diskutiert und in einigen Punkt begrifflich an die strukturellen Gegebenheiten der Region angepasst. Dann wurden sie pragmatisch und eher formal als Arbeitsgrundlage akzeptiert. Das Unterzeichnungsverfahren zog sich teilweise sehr lange hin, einige kritische und kontroverse Fragen blieben lange ungeklärt, so z.B. das auch innerhalb der Kliniken unterschiedliche Verständnis von „Therapie“. Für den Prozess der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Organisationen hatten die Vereinbarungen hier eine geringere Bedeutung als z.B. die inhaltliche Auseinandersetzung in der AG um Fragen der therapeutischen Versorgung und langfristige Finanzierungsmöglichkeiten der im Modellprojekt eingeführten psychiatrischen Leistungen. Bedeutsamer waren auch die AG Krise sowie die gegenseitigen Besuche von Organisationen zum fachlichen Austausch und Kennenlernen.

In der Region Frankfurt gewann die Diskussion um die langfristige, d.h. über die Projektlaufzeit hinausreichende Gestaltung der Kooperationsvereinbarung an Bedeutung und erreichte damit eine neue Qualität. Es begann eine Auseinandersetzung um Kooperationsstandards und konkrete Leistungsbausteine.

Die KJPP in Eberswalde ermöglicht im Zuge der Weiterentwicklung der Zusammenarbeit Hospitationen für mehrere Wochen für pädagogische Kräfte der Partnereinrichtungen.

Zusammenfassend kann man als Grundvoraussetzungen für eine gelingende Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen festhalten: Die Organisation bzw. deren Verantwortungsträger müssen „wollen“ (Personal und Zeitressourcen zur Verfügung stellen etc.), die Kommunikations- und Kooperationsstrukturen müssen in das bestehende Besprechungs- und Managementgeflecht integriert werden (einschl. Controlling) und es braucht Offenheit und Lernbereitschaft aller Beteiligten der beiden Systeme, ihre Gewohnheiten und ihre Annahmen infrage zu stellen und neues Wissen in das Konzept der Organisation aufzunehmen.

4.4 Empfehlungen zur weiteren Arbeit mit Kooperationsvereinbarungen – Standards

Die Kooperationsvereinbarungen enthalten implizit Festlegungen zur Qualität der Zusammenarbeit der beteiligten Organisationen und Personen. In der Region Frankfurt (Oder) wurden konkrete Standards in der Zusammenarbeit erarbeitet (s.a. Anhang 2). Ein wichtiges Element, um das fortzuführen und zu erweitern, wird ein Qualitätszirkel sein, der mehrmals im Jahr Träger und Institutionsvertreter/-innen aus der Versorgungsregion der dortigen KJPP zusammenführt. Zu konkreten Leistungsbausteinen, also einzelnen Modulen aus der Projektphase, wird zwischen den Leistungsträgern an entsprechenden Leistungs- und Entgeltvereinbarungen gearbeitet.

Kooperationsvereinbarungen sind aus unserer Sicht ein geeignetes Instrument zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Organisationen. Sie erfüllen ihren Zweck dann, wenn mit ihnen gearbeitet wird, d.h. wenn sie kontinuierlich kommuniziert, reflektiert und weiterentwickelt werden. Das Bestehende soll erhalten bleiben. Schritt für Schritt sollten in diesen Prozess auch weitere beteiligte Institutionen eingebunden werden, z.B. Schulen. In den Vereinbarungen festgelegte Verfahren sollten als verbindliche Vorgehensweisen festgelegt werden. Kinder und Jugendliche mit fachübergreifendem komplexem Hilfebedarf sollten nur in Einrichtungen untergebracht werden, die entsprechende Vereinbarungen abgeschlossen haben und pflegen.

4.5 Anhang 1: Kooperationsvereinbarung der Pilotregion

Präambel

Die enge Kooperation zwischen Jugendämtern, Trägern der stationären Jugendhilfe und den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) trägt der Notwendigkeit einer umfassenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen[2] Rechnung und ist Ausdruck einer gleichberechtigten Kooperation als fachlichem Standard in Jugendhilfe und Kliniken.

Die Kooperationspartner/-innen vereinbaren für die in der Einrichtung lebenden Kinder/Jugendlichen eine enge Zusammenarbeit in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Versorgung und Betreuung.

Mit der Kooperationsvereinbarung werden die Arbeitsaufgaben der Kooperationspartner/-innen enger vernetzt und koordiniert. Die Versorgung für diese Kinder/ Jugendlichen wird auf diese Weise insgesamt qualitativ gebessert.

Die rechtlichen Grundlagen dafür sind im SGB VIII und SGB V festgelegt (siehe Anhang A).

Kooperationspartner

Stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Klinik(en), Jugendämter:

Ziele der Kooperationsvereinbarung

Die Vereinbarung hat zum Ziel, Aufgaben, Verantwortlichkeiten, gegenseitige Erwartungen und Arbeitsabläufe verbindlich und klar zu definieren und festzuschreiben. Dies schafft für alle Beteiligten Transparenz und ist für den Prozess unabdingbar.

Die Kooperationspartner nehmen unterschiedliche Aufgaben und Rollen bei gemeinsamer Verantwortung wahr.

Ziele der Kooperation

Ziel der Kooperation ist die rechtzeitige und vernetzte sozialpädagogische, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen in allen Phasen der Hilfeplanung.

Es ist zeitnah auf den individuellen Hilfebedarf zugeschnittene, auf Diagnostik gründende, multiprofessionelle Hilfe zu leisten, um Entwicklungschancen der Kinder und Jugendlichen zu verbessern.

Stationäre Aufenthalte in der Klinik oder Wechsel der Jugendhilfeeinrichtung sollen zugunsten bedarfsgerechter ambulanter Versorgung möglichst vermieden werden. Dazu ist eine enge Zusammenarbeit der Kooperationspartner notwendig.

Insbesondere geht es darum, Prozesse zu optimieren, sie transparent zu gestalten, Verbindlichkeit und eine die jeweiligen Aufträge respektierende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Kooperationspartnern zu schaffen.

Zielgruppe

Zielgruppe dieser Vereinbarung sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe mit komplexem, fachbereichsübergreifendem Hilfebedarf[3].

[2] hier jeweils mitgemeint: „ggf. im Bedarfsfall jungen Erwachsenen“ (für die Jugendhilfe im Rahmen der jeweils geltenden Volljährigenvorschriften/§ 41 SGBVIII; *für die KJPP: bis 21-jährige*)

[3] Konkretisierung aus: Kooperation von KJPP, Jugendhilfe und Schule, Sen GesSozVsch, Sen BildJugSport, Berlin 2003, S. 12

Voraussetzung für die Arbeit mit dem jungen Menschen ist das schriftliche Einverständnis der Personensorgeberechtigten (PSB) und die Einhaltung der jeweils geltenden Datenschutzbestimmungen.

Aufgaben, Leistungsmöglichkeiten und -grenzen der Kooperationspartner

Art und Umfang der Leistungen werden zwischen den Beteiligten entsprechend dem tatsächlichen Bedarf und den verfügbaren Ressourcen vereinbart.

Die beteiligten Organisationen, vertreten durch ihre jeweiligen Leitungen/Beauftragten, erkennen die beigefügte Projektbeschreibung (Anhang B) als Arbeitsgrundlage an und verpflichten sich zu konstruktiver und verbindlicher Mitarbeit zur Erreichung der in der Projektbeschreibung genannten Ziele gemäß der durch die Projektträger vermittelten Vorgaben.

Sie benennen verbindliche Ansprechpartner für das Projekt.

Zu Beginn jeder Zusammenarbeit erfolgt eine gemeinsame Auftrags- und Zielklärung, Reflexion und konkrete Festlegung von Aufgaben und Rollen der Beteiligten.

Leistungen der Jugendhilfeeinrichtung

Aufgaben im Rahmen der konkreten Leistungsbeschreibungen und Konzeptionen:

- Planen, Organisieren und Durchführen der im jeweiligen Hilfeplan vereinbarten Hilfen; fallverantwortlich sind der/die Bezugsbetreuer/-in, bzw. die für das Kind/den Jugendlichen zuständige Fachkraft und die Leitung der Einrichtung (siehe jew. Konzeption),
- Zusammenarbeit mit den Eltern/Personensorgeberechtigten der Kinder/Jugendlichen,
- Inhaltliche und organisatorische Vorbereitung von Fallkonferenzen und/oder Sprechstunden,
- Fortbildung und Erfahrungsaustausch,
- Evaluation der Kooperation, welche die Sicht der Eltern, der Kinder und Jugendlichen und die Sicht der Professionellen einbezieht.
- Spezifische Leistungen
- Benennen von festen und kontinuierlichen Ansprechpartnern/-innen auf Seiten der Jugendhilfeeinrichtung,

Kinder und Jugendliche sind betroffen:

- *wenn sie über pädagogische Krisen hinaus in weiteren Bereichen Auffälligkeiten zeigen, die multiprofessionelle Perspektiven erfordern.*
- *wenn die Auffälligkeiten zur Notwendigkeit von Untersuchungen im Bereich des Sozialverhaltens, der Leistungsfähigkeit und der psychischen Störungen führen.*

Der Hilfebedarf ist fachbereichsübergreifend:

- *wenn mehr als einer der Bereiche Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule nach fachlicher Einschätzung in Untersuchungen und/oder Hilfekonzeptionen einzubeziehen sind.*

Ein komplexer Hilfebedarf liegt vor:

- *wenn die multiprofessionelle Analyse der Störung ergibt, dass verschiedene Hilfeansätze gleichzeitig oder in einem abgestuften Hilfekonzept notwendig sein werden.*
- *wenn Hilfeansätze unterschiedlicher Professionen zum Einsatz kommen sollen, um den Hilfeerfolg und die Stabilisierung des Erfolges zu sichern.*
- *wenn eine Abstimmung über die Einsatzform und den Einsatzzeitpunkt der unterschiedlichen Hilfearten unabdingbare Voraussetzung für den erfolgreichen Verlauf der Hilfe ist.*

- Frühzeitige Information und Einbindung der Kooperationspartner/-innen und ggf. relevanter Anderer, auch und besonders im Vorfeld von Krisen,
- Gewährleisten des notwendigen Informationsflusses, von Kontakten und Besuchen, Beratungen und Absprachen bei Vorbereitung, Aufnahme, Aufenthalt, Entlassung und Reintegration eines Kindes/Jugendlichen von/nach Jugendhilfeeinrichtung/-en ↔ Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Übergänge der Kinder und Jugendlichen zwischen Einrichtung, Klinik und/oder Elternhaus werden von ihnen vertrauten Personen begleitet.
- Bereitstellen von Räumen für Fallkonferenzen, Sprechstunden und Fortbildungen,
- Nutzung der täglichen Notfallsprechstunde in der PIA/Ambulanz KJPP und nach telefonischer Abstimmung bei Krisen.

Leistungen der KJPP:

Das Programm einer aufsuchenden, ambulanten, multimodalen Intervention für Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen enthält folgende Interventionsmaßnahmen, die bedarfsorientiert zum Einsatz kommen können:

- Sprechstunden in den Jugendhilfeeinrichtungen (im Wechsel aufsuchend und in der Ambulanz der Klinik stattfindend, kontinuierlich, niederschwellig, institutionelle und personelle Kontinuität der Behandlung gewährleistend).
- Multimodale Behandlung: kinder- und jugendpsychiatrische Fallsupervision, Beratung im Hilfeprozess, Psychoedukation, Medikation, Unterstützung und Anleitung bei der Elternarbeit und dem Verständnis der entsprechenden Psychodynamik der Jugendlichen sowie der Familiendynamik, Psychotherapie, Beratung der Jugendämter.
- Multidisziplinäre Kooperation mit allen Mitarbeitern in den Jugendhilfeeinrichtungen: Pädagogen, Heilpädagogen, Lehrern, Psychologen, Therapeuten, Heimleitung.
- Spezielle Gruppenpsychotherapieangebote: Soziale Kompetenz, Emotionsregulation. Hier vornehmlich als Tandemlösung der Mitarbeiter der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, da eine Implementierung des Angebots innerhalb der Einrichtungen angestrebt ist.
- „Rotes Telefon“: Mehrstufige Kriseninterventionsvereinbarungen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem Jugendhilfeträger/ der Jugendhilfeeinrichtung.
- Fortbildungsmodule für die Einrichtungen über bedeutsame Störungsbilder: Hyperkinetische Störungen, Aggressive Verhaltensstörungen, Selbstverletzung und Suizidalität, Suchtprävention. Fortbildung über den Einsatz von Psychopharmaka.
- Durch die Schaffung von speziellen Sprechstunden vor Ort und in der Klinik werden die Wartezeiten möglichst kurz gehalten.
- Gewährleisten der täglichen Notfallsprechstunde in der PIA/Ambulanz KJPP nach telefonischer Abstimmung bei Krisen.
- Übergänge der Kinder und Jugendlichen zwischen Einrichtung, Klinik und/oder Elternhaus werden von ihnen vertrauten Personen begleitet.
- Bei Entlassung aus dem stationären Aufenthalt erfolgt die Rückführung mit einem Übergabegespräch durch den jeweiligen Therapeuten der Station.

Leistungen der Jugendämter

- federführend in der Organisation und Durchführung der Fallsteuerung (Jugendamt als Verfahrensführer)
- fallzuständige/-r Sozialarbeiter/-in ist Ansprechpartner/-in für Beteiligte
- Zusammenarbeit mit Eltern/PSB vor/während und nach amb./stationärer Versorgung durch KJPP und Koordinierung der Elternarbeit mit den anderen Beteiligten
- Erstellung Übersicht über die personelle Zuständigkeit und Erreichbarkeit
- Erstellung Übersicht über die Erreichbarkeit des Bereitschaftsdienstes für jeden Landkreis

Krisen

Kliniken, Einrichtungen und Jugendämter erarbeiten ein gemeinsames Verständnis von „Krisenintervention“, (orientiert an den Leitbegriffen: lösungsorientiert, einzelfallbezogen), auf das sich das Folgende bezieht.

Bei Krisen greift zunächst der interne Krisenplan des Trägers (falls nicht vorhanden, soll er im Rahmen des Projekts erarbeitet werden) und im Bedarfsfall wird zur Institutsambulanz Kontakt aufgenommen. Ein im Verlauf des Projekts gemeinsam entwickelter Krisenplan greift in Abstimmung der Kooperationspartner.

Mit jeder beteiligten Einrichtung und der KJPP wird eine Kriseninterventionsvereinbarung geschlossen, die die folgenden Punkte beinhaltet:

- Einrichtungsinternes Krisenmanagement
- Telefonischer Kontakt zur KJPP
- Ambulante Krisenintervention mit Gespräch in der Klinik (Ambulanz)
- stationäre Krisenintervention für 2-3 Tage

Bedingung: Grundsätzlich wird die Wiederaufnahme des Kindes/Jugendlichen in seine bisherige Jugendhilfeeinrichtung ermöglicht.

Begleitend zur Intervention wird zwischen den besonders gefährdeten und belasteten Jugendlichen und den jeweiligen Erziehern ein schriftlich fixierter individueller Notfallplan erstellt. (braucht noch genaue Definition Personenkreis, „Notfallplan“)

Darüber hinaus ist es möglich, dass sich Einrichtungen der Jugendhilfe in einer Krisensituation gegenseitig unterstützen („time out“-Möglichkeiten etc.).

Datenschutz

Alle notwendigen Daten über die Kinder und Jugendlichen werden nur mit dem schriftlichen Einverständnis der Personensorgeberechtigten erhoben und verwendet.

Die Weitergabe personenbezogener Daten erfolgt ausschließlich im Rahmen der zulässigen gesetzlichen Bestimmungen des SGB VIII für die Träger der Jugendhilfe und des Landeskrankenhausgesetzes Brandenburg bzw. des Gesundheitsdienstgesetzes für die Kliniken (KJPP). Die Weitergabe im Vertrauen gegebener Informationen von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern unterliegt darüber hinaus einem besonderen Schutz, insbesondere aber den besonderen Verschwiegenheitsverpflichtungen bestimmter Berufsgruppen (§ 203 StGB).

Für notwendige Schweigepflichtentbindungen und Einverständnisse zur Datenweitergabe hat jeder Kooperationspartner selbst Sorge zu tragen und dies entsprechend zu dokumentieren. Die Vorschrif-

ten des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes und des Akteneinsichts- und Informationszugangsgesetzes gelten entsprechend.

Schlussbestimmungen

Die Kooperationsvereinbarung tritt mit dem Datum der Unterschrift der Kooperationspartner in Kraft und wird für die Modellphase von zunächst einem Jahr, das heißt bis zum 31.12.2011, geschlossen.

Die Kooperationspartner streben eine Verlängerung dieser Vereinbarung über die Modellphase hinaus an.

Veränderungen oder Ergänzungen sind in der Steuerungsgruppe des Modellprojekts zu erörtern und bedürfen der Schriftform.

Jede der beteiligten Organisationen trägt Sorge dafür, dass alle betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über den Inhalt dieser Vereinbarung informiert sind und sie in ihrem Aufgabenbereich umsetzen.

Unterschriften, Stand vom 19.1.2011

4.6 Anhang 2: Kooperationsvereinbarung für die Region Frankfurt (Oder) – Entwurf 9/ 2012

Ziele der Kooperation

Durch eine frühzeitige, stetige und auf ihren individuellen Bedarf zugeschnittene multiprofessionelle Hilfe[4] für Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf (= junge Menschen, Definition s. Anlage 1) in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe sollen ihre Entwicklungschancen gezielt erhöht werden und früher und gezielter krisenhaften Zuspitzungen und Beziehungsabbrüchen/Verlegungen durch geeignete Angebote der Jugendhilfe und der KJP vorgebeugt werden.

Ziele der Kooperationsvereinbarung

Die Vereinbarung hat das Ziel, Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Arbeitsabläufe an den Schnittstellen KJPP – Jugendamt – stationäre Einrichtung HzE verbindlich und klar zu definieren. Dies schafft für alle Beteiligten Transparenz und ist unbedingte Voraussetzung für die Qualität der zu erbringenden Leistungen. Insbesondere geht es darum, schnittstellenübergreifende Prozesse zu optimieren, die Handlungssicherheit der beteiligten Fachkräfte zu erhöhen und die Beteiligung der jungen Menschen und ihrer Eltern/Personensorgeberechtigten zu verbessern.

Standards in der Kooperation

<u>Grundsätze</u>

1. Unterbringungen von jungen Menschen mit komplexem Hilfebedarf werden - abgestimmt auf den Einzelfall – als gemeinsamer Prozess von Jugendamt, stationärer HzE und KJPP verstanden und gestaltet.
2. Es besteht Konsens zwischen den Beteiligten, unabgestimmte Unterbringungen/Verlegungen junger Menschen aus eskalierenden Konflikten/Krisen heraus zu verringern. In Fällen mit krisenhaften Verläufen tragen frühzeitiger Austausch und Konsens über Unterstützungsbedarf und

[4] Diese Vereinbarung bezieht sich nicht auf Maßnahmen, die mit einer Entscheidung über eine geschlossene Unterbringung (§ 1631 BGB) verbunden sind.

- möglichkeiten auf der Helferebene dazu bei, Kontinuität und Stabilität für einen jungen Menschen zu erreichen und zu erhalten.

Fallbezogene Zusammenarbeit zwischen Jugendamt, stationärer HzE und KJPP

3. Die Steuerungsverantwortung im Einzelfall liegt beim Jugendamt, die Verantwortung für einzelne Teilprozesse/-schritte bei denjenigen, in deren Verantwortungsbereich sich der junge Mensch jeweils befindet.
4. Klinik, Einrichtungen und Jugendamt benennen in jedem Fall verbindliche AnsprechpartnerInnen, die für den jungen Menschen aus ihrer jeweiligen Perspektive verantwortlich sind, den organisationsinternen und externen Informationsfluss sichern und die entsprechenden zwei- bzw. dreiseitigen Termine wahrnehmen.
5. Das Jugendamt sichert einen multiperspektivischen, interdisziplinären Hilfeplanungsprozess, indem es Informationen verschiedener Fachkräfte einholt, diese Informationen verknüpft, verteilt und in die kurz- und mittelfristige Hilfe-/Perspektivplanung einfließen lässt. Es beruft rechtzeitig die turnusmäßigen bzw. außerplanmäßigen Hilfeplangespräche ein.
6. Gemeinsame Fallberatungen sichern den Informationsfluss und das interdisziplinäre Fallverstehen, tragen zu fachlich fundierten Entscheidungen der Beteiligten bei, fördern die Handlungssicherheit der Fachkräfte und dienen der Entwicklung und Stabilisierung guter Kooperation. Helferkonferenzen/Fallberatungen können bei Bedarf von allen Beteiligten einberufen werden. Alle Beteiligten unterstützen die Teilnahme der für einen jungen Menschen zuständigen Mitarbeiter/-innen an diesen Fallberatungen.
7. Zu Beginn geplanter ambulanter und stationärer Diagnostiken/Behandlungen in PIA/KJPP führen die fallzuständigen Fachkräfte des Jugendamtes, der stationären Einrichtung HzE und der PIA/Klinik ein gemeinsames Helfergespräch, das
    - dem Informationsaustausch (Vorgeschichte, Situation, Auslöser für die Anfrage),
    - der Auftragsklärung bzw. Konkretisierung (Aufträge/Leitfragen, Ziele und Leistungen) und
    - der Abstimmung der Kooperation während der Diagnostiken/Therapien (Termine, Aufgabenverteilung)
    - dient. Die Gesprächsergebnisse werden dokumentiert.
8. Rechtzeitig vor Entlassungen/Ende einer geplanten, länger als sechs Wochen dauernden Diagnostik/Behandlung gibt es ein weiteres Gespräch mit den für einen jungen Menschen zuständigen Fachkräften, in dem Handlungsempfehlungen für die Zukunft besprochen werden und die weitere Zusammenarbeit im Fall abgestimmt wird. Rechtzeitig heißt: Allen Beteiligten wird genug Zeit eingeräumt, sich auf die Wiederaufnahme des jungen Menschen fachgerecht einstellen zu können, bzw. anschließende Hilfen einleiten zu können.
9. Die Beteiligten beziehen die Personensorgeberechtigten/Eltern und die jungen Menschen so weit wie möglich in alle Prozesse ein, stimmen sich dazu untereinander ab, werben durch gute Information/Aufklärung um ihre Kooperationsbereitschaft und helfen dabei, Ängste und Vorbehalte gegen die KJPP abzubauen (z.B. durch Vorgespräche/Klinikbesichtigungen). Wenn Personensorgeberechtigte nicht kooperationsbereit oder -fähig sind und notwendige Diagnostik/Therapien für ihr Kind damit verhindern oder in für den jungen Menschen nachteiliger Weise verzögern, bezieht das Jugendamt abgestimmt mit den anderen Beteiligten das Familiengericht ein.

Krise

10. Grundsätzlich entscheidet die KJPP im Krisenfall über die Indikation für eine stationäre Aufnahme im Anschluss an die Krisenintervention. Nach abgeschlossenen Kriseninterventionen in der KJPP gelten alle fallbezogenen Kooperationsstandards wie für geplante Maßnahmen. Zusätzlich wird vereinbart, dass sich bei wiederholten Krisen eines jungen Menschen Fallreflektion/Supervision sowohl auf den jungen Menschen als auch bewusst auf die Dynamiken der Helferebene beziehen.

Fallunabhängige Zusammenarbeit

11. Qualitätszirkel: „Gute Arbeit“ ist in allen drei Bereichen an vielen Punkten abhängig von der Kooperation mit den anderen Beteiligten. Zwischen Vertretern der stationären Einrichtungen der Jugendhilfe in der Versorgungsregion der Klinik, den beteiligten Jugendämtern und der Klinik gibt es deswegen einen gemeinsamen Qualitätszirkel, in dem viermal jährlich, jeweils max. 3 Stunden:

    - die Qualität der Kooperation (Zufriedenheit, Stolpersteine, „Störfälle“) besprochen,
    - die Praxis mit den vereinbarten Standards ausgewertet (Zufriedenheit, Praktikabilität)
    - und weitere Standards (z.B. für: Krise, konkrete Leistungsbausteine, einzelne Prozessschritte) entwickelt werden.

    Die beteiligten Institutionen benennen konkrete Vertreter/-innen, die verbindlich im Qualitätszirkel mitarbeiten. Alle Mitglieder sorgen innerhalb ihrer jeweiligen Institutionen für Informationsfluss und Rückkopplungsschleifen, um die Arbeit des Qualitätszirkels vorzubereiten, erarbeitete Standards abzustimmen und vereinbarte Grundsätze guter Kooperation in ihren Institutionen im Alltag verankern zu helfen.
12. Qualifizierung und Fachaustausch: Die Klinik, die stationären Einrichtungen der Jugendhilfe und die Jugendämter laden sich zu passenden Themen zu ihren internen Fortbildungen ein, bzw. initiieren gemeinsame Fortbildungen in der Region. Sie laden sich zu Fachveranstaltungen ein, zu Tagen der Offenen Tür oder bestimmten Festen.
13. Klinik, Einrichtungen und Jugendämter versorgen sich jeweils mit aktuellen Informationen über ihre Organisation (Mitarbeiter/-innen/ Funktion/ Themengebiete, Telefon-/ Maillisten, Erreichbarkeit usw.).

5. Integration der im Projekt entwickelten Arbeitsansätze und Kooperationsformen in das Einrichtungskonzept

Tanja Redlich und Horst Körner

5.1 Ausgangsbedingungen und Intention

Seit September 2009 entwickelten sich vielfältige Kooperationsformen zwischen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kinder- und Jugendalters des Martin Gropius Krankenhauses in Eberswalde und dem Heimverbund in der Märkischen Schweiz. Der Heimverbund Märkische Schweiz (HVM) ist eine Einrichtung der stationären Jugendhilfe in Trägerschaft der Gemeinnützigen Gesellschaft zur Förderung Brandenburger Kinder und Jugendlicher mbH (GFB). In der Einrichtung werden 78 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahren in differenzierten Angeboten betreut.

Die Grundlage dieser Kooperationsformen war das sich bildende Kooperationsprojekt „You`ll never walk alone“. Ziel des Projekts war, in einer Region die Jugendämter, drei Kinder- und Jugendheime und die Versorgungsklinik zu einer verbesserten interdisziplinären Zusammenarbeit zu motivieren. Die Vernetzung von sozialpädagogischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung in der Erziehung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen sollte gewährleistet werden.

Dieses Anliegen wurde von dem Heimverbund Märkische Schweiz (HVM) tatkräftig unterstützt. Die in der Einrichtung untergebrachten Kinder/Jugendlichen zeigen zu einem hohen Prozentsatz- über den pädagogischen Betreuungsaufwand hinaus-komplexe Auffälligkeiten. Dieser Sachverhalt erfordert eine multiprofessionelle Perspektive und somit ein fachbereichsübergreifendes Denken und Handeln, das in verschiedenen Interventionsansätzen und in einem abgestuften Hilfekonzept zum Ausdruck kommen muss.

Im Basisscreening zu Beginn des Modellprojekts zeigten 24% der beurteilten Kinder und Jugendlichen aggressives Verhalten, 20% dissoziales Verhalten, 16% Aufmerksamkeitsprobleme, 16% schizoides/zwanghaftes Verhalten, 16% zeigen sich ängstlich bis depressiv, 29% reagieren mit sozialen Problemen oder Rückzug. Bei 12% der Kinder und Jugendlichen trafen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung zu.

5.2 Intention und Einführung

Intention dieses Artikels ist, die Arbeitsansätze und Kooperationsformen, die sich sukzessiv im Verlauf des Projekts in der Einrichtung entwickelt und in der kooperativen Arbeit zwischen Klinik und Einrichtung bewährt haben, zu benennen und zu beschreiben.

Da der/die Verfasser/-in davon überzeugt sind, dass erfolgreiche stationäre Träger sich sowohl in den vier primären Managementdisziplinen (Strategie, Struktur, Prozess und Unternehmenskultur) als auch zusätzlich noch in jeweils zwei der vier sekundären Disziplinen (Talente, Innovation, Führung, Partnerschaften) auszeichnen, sollen die Arbeitsansätze und Kooperationsformen als Elemente der primären Managementdisziplinen dargestellt und in sie integriert werden.

5.2.1 Zum Aufbau des Artikels

Da der Artikel die pädagogische Konzeption den Managementdisziplinen zuordnet, sind die Gliederungspunkte identisch mit den primären Managementdisziplinen. Deutlich soll werden, dass die Einrichtung den Status einer Firma hat, die nur kostendeckend arbeiten kann, wenn viele unterschiedliche Managementdisziplinen in sich und in Verbindung zueinander professionell angewandt werden (z. B. Kostenrechnung, Controlling, Akquise, Benchmarking).

Das gültige Wertversprechen an die Jugendämter wurde beibehalten, aber in wesentlichen Punkten erweitert. Auch die bestehende Kommunikationsstruktur behielt ihre Gültigkeit und wurde ergänzt, um Effekte einer synergetischen Kooperation zu erzielen. Gemeinsame fachübergreifende Fallbesprechungen und Reflektionen sicherten den Informationsfluss. Ein interdisziplinäres Fallverstehen half, die Handlungssicherheit der Jugendhilfeexperten zu erhöhen. Insofern stellen wir unterschiedliche Arbeitsteams zusammen, in denen einerseits ausschließlich Erzieher/-innen des Heimes agieren, des Weiteren ein Team mit Experten der Klinik für die theoretisch-fachliche Begleitung.

Obwohl es noch andere Arbeitsteams mit anderer personellen Besetzung in der Einrichtung gab und gibt, die für den angemessenen Umgang mit Kindern (z. B. in der Schule und Jugendamt) eine Relevanz haben, beschränken wir uns auf die Besprechungssettings, die sich zwischen Einrichtung und Klinik bewährt haben.

Neben festen Strukturen sind klar definierte Prozesse ein Erkennungszeichen qualifizierter Einrichtungen. Exemplarisch beschäftigen wir uns mit dem Prozess des Krisenverlaufes eines Kindes/Jugendlichen, der nicht ohne Beteiligung von Psychiater/-innen und Klinikpsycholog/-innen zu bewältigen ist. Dies nicht nur, weil er für die qualifizierte Arbeit der Einrichtung und die betroffenen Kinder/Jugendlichen eine gro-

ße Bedeutung hat, sondern auch, weil Mitarbeiter/-innen der drei am Projekt beteiligten Einrichtungen in der Region ihn zusammen mit Mitarbeiter/-innen der Fachklinik beschrieben haben und er von den am Erarbeitungsprozess beteiligten Institutionen umgesetzt wurde und wird.

Die Bedeutung von Kooperation für die Unternehmenskultur und einige Gedanken zur Weiterentwicklung zur „Lernenden Organisation“ runden den Artikel ab.

5.3 Managementdisziplin: Träger- bzw. Heimstrategie zur Vermittlung des Wertversprechens

Eine Strategie baut auf ein klares Wertversprechen auf. Im Laufe des Projektes wurde das Wertversprechen der Einrichtung inhaltlich erweitert und beinhaltete auch die qualifizierte Arbeit mit psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen und deren Eltern bzw. Bezugspersonen.

a. Die von den Jugendämtern in der Einrichtung untergebrachten Kinder/Jugendlichen werden sorgfältig erzogen und betreut und deren Eltern im Hilfeplanprozess beraten. Die Kinder/Jugendlichen werden nach der Beendigung der Hilfemaßnahme entweder in den Haushalt der Eltern zurückgeführt beziehungsweise findet im Zuge der Verselbständigung in der Regel ein Wechsel in eine geeignetere Betreuungsform statt.

b. Für Kinder, für die im Hilfeplan eine Therapie oder eine psychiatrische Behandlung indiziert ist, werden die notwendigen und geeigneten Rahmenbedingungen geschaffen.

c. Kinder, für die in einer Krisensituation ein stationärer Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig wird, werden nicht automatisch entlassen.

d. Der Wechsel in eine andere Jugendhilfeeinrichtung findet statt, wenn in einem Abstimmungs- und Hilfeplangespräch mit Vertreter/-innen aller beteiligten Instanzen, insbesondere mit dem Jugendamt und unter Mitwirkung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Eltern eine Notwendigkeit (Aushandlungsprozess) gesehen wird.

Diese strategische Ausrichtung wird klar im Heim in Qualifikationsgesprächen, Teamsitzungen, Vollversammlungen etc. vermittelt. Die Strukturen, Prozesse und die Unternehmenskultur wurden danach ausgerichtet; sie werden auch den Kooperationspartnern (z. B. in den Hilfeplangesprächen oder Auswertungsgesprächen mit den niedergelassenen Ärzten und Lehrer/-innen der Schulen) mitgeteilt. Im Laufe des Projektes wurde die Handlungskonzeption mit ihren Instrumenten (z.B. Betreuungskonzept, Vorlagen für Fallbesprechungen etc.) überarbeitet. Die Arbeit am Zusatzmodul zur qualifizierten systemischen Elternarbeit ist noch nicht abgeschlossen.

5.4 Managementdisziplin: Strukturelemente zur effektiven Zusammenarbeit im Team, in der Einrichtung und im Kontakt zur Klinik

Die Struktur soll die Arbeit erleichtern, die Organisation vereinfachen bzw. transparent machen, die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch im Team, in der Einrichtung und zwischen Heim und Klinik fördern.

Nachfolgend werden die Standards erläutert, die uns eine einheitliche und verbindliche Arbeitsweise ermöglichen, um einen Auftrag effektiv und effizient zu erledigen. Darüber hinaus betrachten wir Kooperationsformen in der Arbeit mit psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen in der Einrichtung als verbindlich.

5.4.1 Teamberatung

Teamberatungen, die in der Regel durch den/ die Teamleiter/-in moderiert und von einer Fachkraft des Teams protokolliert werden, finden einmal wöchentlich in allen Teams statt. Bei Bedarf nehmen Einrichtungsleitung und/oder Fachberatung teil. Die Inhalte der Teamberatungen sind allen Teilnehmer/-innen im Vorfeld bekannt und können sein:

- Organisatorisches
- Gruppen-/Teamdynamik
- Informationen zu einzelnen Kindern und Jugendlichen (Schule, Therapie, ärztliche Behandlungen, Familiensituation etc.)
- Betreuungskonzepte und Entwicklungsberichte einzelner Kinder und Jugendlicher
- Fallberatungen (durch Einrichtungsleitung oder Fachberatung)
- Projekte der Wohngruppe oder der Einrichtung
- Informationen aus der Teamleiterrunde (14-tägig)
- Vor- und Nachbereitung der Hilfeplangespräche

Für die Erstellung der Betreuungskonzepte und Entwicklungsberichte ist der/die Bezugserzieher/-in verantwortlich. Grundlage für die Erarbeitung der Erziehungsziele und die sich darauf beziehenden konkreten Handlungsschritte sind der Hilfeplan und die entsprechende Diskussion im Team.

5.4.2 Fallbesprechung im Rahmen der Teamsitzung

In der Regel findet sechs Wochen nach Aufnahme eines Kindes oder Jugendlichen eine Fallbesprechung im Team statt. Diese beschäftigt sich thematisch mit dem aktuellen Entwicklungsstand unter verschiedenen Aspekten. Orientiert an den Kategorien der Betreuungsplanung werden nachfolgend folgende Aspekte der Entwicklung betrachtet und diskutiert:

Im sozial-emotionalen Bereich stehen Fragestellungen bezüglich der Beziehungsgestaltung, des Selbstvertrauens, der Konfliktlösung, der Frustrationstoleranz, der Freizeitgestaltung, der Selbst- und Fremdwahrnehmung und der Annahme von Regeln im Fokus. Im lebenspraktischen Bereich werden der Grad der Selbständigkeit, die Orientierungsfähigkeit im Alltag (z. B. Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Uhrzeit/Zeitgefühl, Fähigkeit um Hilfe zu bitten), Umgang mit Geld, Fragen der Hygiene, die Fähigkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich, und sonstige Fähigkeiten betrachtet. Im Bereich von Schule und Ausbildung werden Ressourcen und der jeweilige Förderbedarf festgestellt, das Lernverhalten allgemein, die Stellung in der Klasse und das Verhalten gegenüber Mitschülern und Lehrer/-innen betrachtet. Im Bereich der Elternarbeit werden die Eltern-Kind-Beziehungen analysiert, die Grundeinstellung der Eltern zur Hilfe berücksichtigt, Kontaktfrequenz und Kontaktgestaltung besprochen und geprüft: Im Bereich Gesundheit wird der psychische und physische Entwicklungsstand eingeschätzt, chronische Erkrankungen, Allergien und Unverträglichkeiten werden benannt und der Umgang damit festgelegt. Entsprechend vorliegender Untersuchungsergebnisse und Diagnosen werden Therapien, Arztbesuche und Maßnahmen zur medizinischen und therapeutischen Versorgung festgelegt.

Die Bearbeitung der entsprechenden Fragestellungen und Inhalte in Verbindung mit der Hilfeplanung bildet die Grundlage für die Arbeit mit den Kindern/ Jugendlichen und deren Familien. Auf einer umfassenden Datenbasis (Vorinformationen bei Unterbringung, bisherige Hilfemaßnahmen, Exploration, Verhaltensbeobachtung, Auswertung kritischer Ereignisse) wird eine sozialpädagogische Diagnose erstellt, von der Erziehungsziele für das weitere pädagogische Vorgehen abgeleitet werden.

Bei den psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen kamen Erkenntnisse wie z.B., dass im Einzelfall die erzieherischen Fachkompetenzen eines Erzieherteams nicht als ausreichend anzusehen sind, um fundierte Hypothesen zum auffälligen Verhalten zu erstellen und daraus konkrete Handlungsziele für das pädagogische Vorgehen abzuleiten, hinzu. Deshalb wird eine Ausweitung des Beratungssettings vorgenommen und insbesondere Expert/-innen mit psychologisch-therapeutischen und psychiatrischen Kompetenzen hinzugezogen.

5.4.3 Psychiatrische Fallbesprechung

Psychiatrische Fallbesprechungen, die von Psycholog/-innen und/oder Psychiater/-innen der Klinik moderiert werden, finden einmal im Monat in der Einrichtung statt. Obwohl sich dieses Angebot in erster Linie an die Erzieher/-innen der Wohngruppen richtet, werden bei Bedarf Sozialarbeiter/-innen des Jugendamtes oder Lehrer/-innen eingeladen.

Die Kompetenzen der Fachkräfte der Klinik liegen in dem Wissen um psychiatrische Diagnosen und die damit verbundenen Verhaltensweisen und Auffälligkeiten. Aus den Schilderungen der Erzieher/-innen ergeben sich mitunter Behandlungs- oder Diagnosebedarfe, die von sozialpädagogischen Fachkräften nicht überblickt werden können.

Durch die enge Verzahnung der Fachkräfte ist eine multiprofessionelle Betreuung der Kinder und Jugendlichen möglich, so dass die sozialpädagogischen Ansätze mit psychoanalytischen, bindungstheoretischen und verhaltens- und lerntherapeutischen Ansätzen bereichert bzw. ergänzt werden.

5.4.4 Auswertungsgespräche mit niedergelassenen Ärzten und der Klinik

Die Auswertungsgespräche mit den niedergelassenen Ärzten finden regelmäßig (alle 8-12 Wochen) und bei akutem Bedarf (z.B. bei Krisen, bei Problemen bezüglich der medikamentösen Einstellung, in Vorbereitung auf Hilfeplangespräche oder Veränderungen, z. B. Umzug oder Entlassung) statt und werden in der Regel durch den/die Bezugserzieher/-in geführt. Gegenstand dieser Gespräche sind der Alltag der Kinder und Jugendlichen, ihr Befinden in Schule und Wohngruppe. Geplante Veränderungen werden den Ärzten/-innen mitgeteilt; es gibt Handlungsempfehlungen für die Erzieher/-innen und gegebenenfalls wird über ein verschreibungspflichtiges Medikament bzw. über die angemessene medikamentöse Behandlung gesprochen.

5.4.5 Auswertungsgespräch mit der Klinik

Im Rahmen der Kooperation mit der Klinik finden einmal monatlich Gespräche zwischen der Einrichtungsleitung und den Therapeuten/-innen der Klinik zu dem Entwicklungsstand und Störungsgrad einzelner Kinder und Jugendlicher, deren erzieherischen Interventionen und Behandlung in Verbindung mit der Diskussion über die weiteren Perspektiven statt.

5.4.6 Sprechstunden in der Einrichtung

Sprechstunden in der Einrichtung finden z.Z. einmal monatlich statt. Die Gesprächsdauer ist abhängig von den anstehenden Aufträgen und Aufgaben. Sie sind als bedarfsorientiert zu charakterisieren und gewährleisten in der Behandlung eine institutionelle und personelle Kontinuität. In den letzten Monaten standen jeweils zwei Therapeut/-innen für jeweils zwei Stunden mit ihrem Angebot für die Kinder und Jugendlichen, deren Eltern und für die Erzieher/-innen und Lehrer/-innen zur Verfügung. Sie wurden genutzt für Beratung, Diagnostik und deren Auswertung und zur Durchführung von Gesprächstherapien und Spieltherapien. Die Koordination der Termine obliegt der Einrichtungsleitung in Absprache mit den Therapeut/-innen der Klinik und Erziehungsteams der Einrichtung.

5.4.7 Geblockte Sprechstunde

Einmal monatlich gibt es in der Klinik eine geblockte Sprechstunde für drei Stunden. Diese macht es möglich, außerhalb der mitunter langen Wartezeiten Kindern und Jugendlichen eine kurzfristige Behandlung oder Beratung zuteil werden zu lassen. Besonders in Krisensituation oder bei längeren Wartezeiten auf einen stationären Behandlungsplatz hat sich diese Sprechstunde bewährt.

5.4.8 Rotes Telefon

Die Therapeuten sind wochentags gut erreichbar. Außerhalb der Dienstzeit gibt es die Möglichkeit, sich über die jeweiligen Stationen der Klinik beraten zu lassen. Mitunter werden sich abzeichnende Krisen schon durch die Therapeut/-innen der Institutsambulanz auf der Station vorbesprochen und sind somit schnell und unkompliziert zu bearbeiten.

5.4.9 Fachliches Controlling

Sowohl in der Klinik als auch in der Einrichtung werden die Prozesse dokumentiert und regelmäßig im Rahmen von Supervision und Teamberatung besprochen. Somit ist gewährleistet, dass die Auswertungsergebnisse Gegenstand der Teamsitzungen werden; außerdem werden sie in die Konzeption integriert, damit sie eine standardisierte Umsetzung im erzieherischen Alltag erfahren. In der Klinik ist der Chefarzt an den Auswertungsgesprächen beteiligt und in der Einrichtung die Einrichtungsleitung. Basierend auf der Fallverantwortung des Jugendamtes wird der/die Sozialarbeiter/-in des Jugendamtes an allen Prozessen angemessen beteiligt.

5.4.10 Elternberatung

Grundsätzlich sind Kinder und Jugendliche durch eine starke Identifikation und Loyalität an ihre Familien gebunden. Daher ergibt sich für die Heimerziehung der Auftrag, die Beziehung zwischen Kindern und Jugendlichen und deren Eltern adäquat zu fördern und die Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie zu stärken.

Da die Eltern in der Regel als die wichtigsten, emotional bedeutungsvollsten Bezugspersonen des Kindes anzusehen sind, begegnen die Fachkräfte der Einrichtung ihnen mit Wertschätzung und laden sie zur Zusammenarbeit ein. Mit der Aufnahme im Heim entsteht ein komplexes Beziehungsgefüge, das zu überbrücken ist und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit intendiert. Eine konfliktfähige Beziehung zwischen Vertreter/-innen der Einrichtung und der Eltern ist unabdingbare Voraussetzung für eine entwicklungsfördernde Beziehung im Heim.

Standard der Einrichtung ist, den/die Elternberater/-in in den Prozess der Elterngespräche einzubeziehen, wenn ein Kind therapeutisch begleitet wird. Ziele der Elternarbeit sind, sie in die weitere Entwicklung ihrer Kinder in Verantwortung zu nehmen, die Störungen im familiären System zu bearbeiten und die erzieherischen Ressourcen zu stärken.

5.4.11 Fortbildung

Einzelne Teams sowie auch einzelne Mitarbeiter/-innen haben sich in Fortbildungsveranstaltungen über einige Störungsbilder umfassend informiert, z. B. hyperkinetische Störungen, Suizidalität und aggressive Verhaltensstörungen. Spezielle Qualifizierungsmaßnahmen werden wohngruppenübergreifend angeboten und auch genutzt, z. B. gibt es Fachkräfte für Beratungsaufgaben autistischer Kinder und Jugendlicher oder für Kinder und Jugendliche mit ADHS. Außerdem hat die Einrichtung zwei Mitarbeiter/-innen, die sich an einer Hochschule in Form einer Weiterbildung Basiskompetenzen für einen fachangemessenen Umgang psychisch gestörter Kinder angeeignet haben.

Diese Fachkräfte werden von den einzelnen Teams angefragt und können die Erzieher/-innen eines Teams im Umgang mit den Kindern und deren Spezifikum beraten.

5.5 Managementdisziplin: Zusammenarbeit in der Krise

Da es ca. 70 Prozesse im Heim gibt, die Erziehung und Therapie von Kindern und Jugendlichen zum Gegenstand haben, wählten wir exemplarisch den Krisenplanprozess aus, der – wie oben beschrieben – in unserer Versorgungsregion von der Klinik

und den beteiligten Jugendhilfeeinrichtungen erarbeitet wurde und sich in der Praxis bewährt hat.

5.5.1 Krisenplanung

Obwohl Krisen von Kindern und Jugendlichen zum normalen „kindlichen“ Entwicklungsprozess gehören, macht die Einrichtung die Erfahrung, dass sie zwar einiges im Umgang mit den Kindern/Jugendlichen selbstständig mit ihrer Kompetenz in der Einrichtung händeln kann, für andere Hilfen jedoch das Wissen anderer Professionen benötigt.

Gemeinsam mit den beteiligten Einrichtungen der Region Eberswalde und den Therapeut/-innen der Klinik wurde ein schriftlich fixierter Krisenplan entwickelt, der die Krisen mit den charakterlichen Ausprägungen und Formen definiert, kindbezogen Interventionen beschreibt und vorschlägt, ihn in die Praxis umzusetzen, um den Krisenprozess in seinen negativen Auswirkungen zu begrenzen bzw. ihn am besten gänzlich zu vermeiden. Sinn des Planes ist, eine weitere gute Betreuung für das Kind oder den Jugendlichen und deren Eltern in der Einrichtung zu gewährleisten und schädliche Beziehungsabbrüche zu vermeiden.

Im Krisenplan wird der krisenhafte Prozess in Aufnahmephase, Betreuungsphase, konkrete Krisensituation und -nach der Bewältigung- in Krisennachbereitung unterschieden. Es werden die am Krisengeschehen beteiligten Akteure bzw. Gremien benannt und deren Aufgaben und Verantwortlichkeiten konkretisiert.

In jeder Phase sind Bedingungen einzuhalten, um den Prozess erfolgreich zu gestalten. Die Verantwortung für Steuerung und Controlling des Krisenprozesses liegt bei der Einrichtungsleitung. Die Einrichtungsleitung ermöglicht den beteiligten Mitarbeiter/-innen den entsprechenden Handlungsrahmen, um angemessen handeln zu können; sie bietet ihnen Unterstützung, Entlastung, Beratung an und motiviert sie zum selbstbewussten Umgang mit Krisen.

5.5.2 Aufnahmephase:

1. Die aufzunehmenden Kinder und Jugendlichen sollten die Bereitschaft und Fähigkeit haben, mit den Fachkräften im Heim zu kooperieren.
2. Die Verantwortung der Leitung in einer Aufnahmeanfrage liegt darin, ernsthaft zum Wohle des Kindes zu prüfen, ob ein geeigneter Platz für ein Kind oder einen Jugendlichen vorhanden ist und ob die Einrichtung der Familie ein qualifiziertes Beratungsangebot machen kann. Aufgrund dieser Überlegungen nimmt die Einrichtungsleitung mit den in Frage kommenden Teams Gespräche auf.

3. Die Verantwortung der Teamleiter/-innen und der Bezugsbetreuer/-innen nach einer Entscheidung für die Aufnahme eines Kindes oder Jugendlichen ist, die Aufnahme gut vorzubereiten, so dass den aufgenommenen Kindern/ Jugendlichen das Gefühl vermittelt wird, dass sie willkommen sind, damit sie im weiteren Verlauf der Unterbringung ihren „Platz in der Gemeinschaft besser finden können".
4. Um einen erfolgreichen Integrationsprozess zu gewährleisten, gibt es verbindlich vorgeschriebene Qualitätsstandards.
5. Selbstverständlich ist, dass die Sozialarbeiter/-innen der Jugendämter dem Heim umfangreiches Material zur Prüfung zu Verfügung stellen, um eine fundierte Einschätzung über die Defizite und Ressourcen der Kinder/Jugendlichen und den Beratungsbedarf der Eltern einschließlich Kooperationsbereitschaft treffen zu können. Diese Vorarbeit zur Einschätzung des Bedarfes und die auf den Bedarf abgestimmte Planung sind entscheidend für einen erfolgreichen Hilfeverlauf in der Einrichtung.
6. Einer Aufnahme vorgelagert sind in der Regel noch Gespräche mit den Eltern und auch ein Probewohnen des Kindes oder Jugendlichen.
7. Wenn starke Auffälligkeiten vor Aufnahme bekannt sind, kann schon in dieser Vorphase ein Unterstützungsplan erarbeitet werden.

5.5.3 Betreuungsphase:

In der Betreuungsphase dienen der Hilfeplan und das daran ausgerichtete Betreuungskonzept als Grundlage der erzieherischen Arbeit. Die beiden Konzeptpläne werden in Team- und Fallbesprechungen immer wieder auf die Agenda gesetzt; sie werden anhand der Realität überprüft, ggf. müssen sie modifiziert und konkretisiert werden. Die Fall- oder die psychiatrische Supervision stärkt die Fachlichkeit des Teams und der Bezugsbetreuer/-innen. Die unterschiedlichen und ergänzenden Sicht- und Interpretationsweisen aus der sozialpädagogischen, psychologischen und medizinisch- psychiatrischen Disziplin wirken einer „Laienätiologie" über die möglichen Ursachen und Störungen eines Kindes oder Jugendlichen entgegen und ermöglichen ein vollständigeres Bild über die Persönlichkeit des Kindes/Jugendlichen. Wissens- und Handlungsdefizite können erkannt und in anderen Settings (z.B. Fortbildung) kompensiert werden.

5.5.4 Krisensituation:

In der Krisensituation ist die Verantwortung des Kindes oder Jugendlichen, erste Warnzeichen an sich selbst wahrzunehmen, und gegebenenfalls den Notfallkoffer einzusetzen. Der Einsatz des Notfallkoffers wird mit ihnen im Vorfeld erarbeitet und die Wahrnehmung diesbezüglich gefördert. Der Notfallkoffer kann entsprechend den Bedürfnissen und dem jeweiligen Bedarf der Kinder und Jugendlichen unterschiedlich gestaltet und genutzt werden. Er ist ein Instrument, das in kritischen Situationen bewusst genutzt wird, um negative Gefühle in positive umzuwandeln oder sich von negativen Einflüssen abzulenken. Der Notfallkoffer kann also z. B. ein kleiner selbstgenähter Beutel sein, in dem ein bestimmter Duft oder ein Hautöl oder ein kleiner Massageball mitgeführt wird. Es kann aber auch der IPod mit der Lieblingsmusik oder einer Geschichte, vorgelesen von einer wichtigen Bezugsperson, sein. Auch kann es für das ritzende Mädchen eine Schachtel mit Verbandszeug und Desinfektionsmittel sein. Die Gestaltung und Nutzung des Notfallkoffers in Verbindung mit dem Unterstützungsplan soll Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit geben, sich in kritischen Situationen selbstwirksam und eigenverantwortlich zu erleben.

Die Erzieher/-innen haben die Verantwortung, auf Krisenanzeichen zu achten und das Kind/den Jugendlichen in der Ausnahmesituation zu begleiten und die mögliche dysfunktionale Gruppendynamik mit Ruhe und Gelassenheit positiv zu beeinflussen, so dass eine Eskalation der Krise vermieden werden kann. Dabei ist es hilfreich, auf positive Erfahrungen zurückzugreifen (Was hat schon mal geholfen? Wen braucht das Kind oder der Jugendliche?). Zu den Arbeitsinstrumenten der Arbeitsteams gehören Zuständigkeitspläne, wer wann in welcher Reihenfolge zu verständigen ist. Um in Krisensituationen eines Kindes/Jugendlichen die Handlungssicherheit der Erzieher/-innen zu behalten bzw. sie wieder zu erlangen, ist es erzieherische Norm, dass der/die Bezugsbetreuer/-in mit der krisengefährdeten Person im Dialog bleibt und/oder sich im Team vertrauensvoll über Erlebnisse oder Ereignisse mit den einzelnen Betreuten austauscht. Die Leitung muss in Krisen immer informiert werden, um zu gewährleisten, dass Distanz und Übersicht über das Geschehen gegeben ist. Gemeinsam mit Einrichtungsleitung und Team wird anhand von Bewertungskriterien eingeschätzt, ob es sich um eine psychiatrische oder pädagogische Krise handelt. Wird die Krise als eine psychiatrische Krise definiert, erfolgt eine Notvorstellung in der Klinik, die gegebenenfalls zur stationären Aufnahme in der Klinik führen kann.

Bei pädagogischen Krisen kann die Institutsambulanz aufgesucht werden, um Anregungen zu erhalten oder gemeinsam Unterstützungspläne zu erarbeiten oder bereits vorhandene Unterstützungspläne zu überarbeiten. Auch aus diesem Prozess kann sich eine stationäre Aufnahme in der Klinik ergeben.

Stationäre Aufenthalte in der Klinik werden durch die Jugendhilfeeinrichtung adäquat begleitet.

5.5.5 Krisennachbereitung

In der Phase der Krisennachbereitung wird gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen der krisenhafte Verlauf erörtert; es werden gegebenenfalls Konsequenzen besprochen und hilfreiche Strategien zur Spannungsreduktion entwickelt. Im Erzieherteam findet eine Auswertung statt, der Unterstützungsplan, welcher gemeinsam mit der Institutsambulanz, dem Kind/Jugendlichen und den Erzieher/-innen erarbeitet wurde, wird ergänzt und verschriftet.

5.5.6 stationäre Klinikaufenthalte

Obwohl es das Ziel der Kooperation ist, in einer Krisensituation die therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verbessern, stationäre Klinikaufenthalte zu vermeiden und Drehtüreffekte auf Grund von Ohnmacht und Hilflosigkeit auf Seiten der Erzieher/-innen entgegenzuwirken, lassen sich stationäre Aufenthalten nicht immer vermeiden.

Bei stationären Aufenthalten von Kinder und Jugendlichen ist in erster Linie der/die Bezugserzieher/-in als Ansprechpartner/-in für die Fachkräfte in den Stationen der Klinik zuständig. Der vermeintlich freie Platz in der Wohngruppe wird in jedem Fall nicht belegt, die Kinder und Jugendlichen werden regelmäßig besucht und das/der Kind/Jugendliche von der Klinik in die Wohngruppe beurlaubt, so dass die Kinder/Jugendlichen die Sicherheit haben, dass sie nach einer medizinisch- psychiatrischen Behandlung wieder in die Wohngruppe zurückkehren können. Für den gesamten Aufenthalt ist die Betreuung gewährleistet und die Einrichtung weiter in der Verantwortung. Sie ist auch verantwortlich für die angemessene Einbeziehung und Beteiligung der Eltern an diesem Krisenprozess. Der/die Bezugserzieher/-in informiert das Team regelmäßig über den Verlauf und erfährt Unterstützung durch das Team und die Einrichtungsleitung.

Sollte das Ergebnis des Klinikaufenthaltes in Kooperation mit dem Jugendamt und der Einrichtung die Empfehlung eines Einrichtungswechsels sein, wird dieser entsprechend den Empfehlungen mit den Kindern und Jugendlichen und deren Familien gestaltet.

5.6 Managementdisziplin: Kooperation als Bestandteil einer Unternehmenskultur

Verfechter der Unternehmenskultur behaupten bisweilen: Wenn die Arbeit Spaß mache, ergebe sich der Rest von selbst. Die Ergebnisse empirischer Studien zeigen aber, dass es besser ist, hohe Anforderungen an die Leistung zu stellen und moralische Prinzipien umzusetzen. Die Leistung muss auch emotional anerkannt werden. Daher ist es wichtig, eine anspruchsvolle und zufriedenstellende Arbeitsumgebung zu schaffen. Unternehmenswerte müssen nicht nur „irgendwo“ festgelegt sein, sondern auch gelebt werden.

Alle am Projekt Beteiligten der Jugendhilfeeinrichtung haben erfahren, dass sie zu einer zufriedenstellenden Arbeitsumgebung beitragen und somit eine bessere Versorgung psychisch gestörter Kinder/Jugendlicher gewährleisten können, wenn eine wertschätzende und anerkennende Kooperation zwischen Klinik und Heim und gegenseitige Information gegeben ist. Aber diese Kooperation darf nicht hierbei enden, sondern muss die anderen Kooperationspartner/-innen in das Versorgungsnetz mit einbeziehen. Durch die enge Zusammenarbeit an den Schnittstellen Bildung, Erziehung und Gesundheit ist es gelungen, dass die Professionen der Systeme von ihrem unterschiedlichen Wissen profitieren und sich wertschätzend gegenüberstehen. Dies führt zu einer höheren Zufriedenheit der Mitarbeiter/-innen in der Einrichtung. Mitarbeiter/-innen, die über ein stabiles Unterstützungsnetz verfügen, gehen selbstbewusster in die Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen. Von wesentlicher Bedeutung scheint hier, dass die Mitarbeiter/-innen aktiv an der Entwicklung der Unterstützungsnetze beteiligt waren und somit konkret benannt haben, welche Hilfe sie in welchen Situationen benötigen.

Zusätzlich zu den Unterstützungsnetzen werden Fort- und Weiterbildungen angeboten, die Wissen und Praxiserfahrungen im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen vermitteln. Inhalte dieser Veranstaltungen werden durch die Teilnehmer/-innen in die Teams und die Einrichtung „weitergegeben“. Spezielle Qualifizierungen werden wohngruppenübergreifend angeboten und genutzt, z. B. hat die eine Einrichtung eine Fachkraft für autistische Kinder und Jugendliche, eine andere für Kinder und Jugendliche mit ADHS und eine gruppenübergreifend tätige Heilpädagogin. Diese berät Teams bezüglich der Fördermöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alltag, führt mit einzelnen Kindern und Jugendlichen Fördereinheiten durch und bietet in den Teams biografisches Fallverstehen nach Mollenhauer und Uhlendorff an.

Im Rahmen des Modellprojekts wurden Strukturen und Standards entwickelt, die die Basis für eine weitere Kooperation bilden. Deutlich wurde im Verlauf, welche Ressourcen für die Einrichtung und die Klinik notwendig sind, um einen qualitativ gu-

ten Hilfeprozess zu gestalten. Neben engagierten, interessierten und reflektionsfähigen Mitarbeiter/-innen spielt auch die Ressource Zeit eine entscheidende Rolle. Gespräche mit den Beteiligten am Prozess (Kind/Jugendlicher, Eltern, Schule, Ärzte, Therapeuten, JA etc.) sind ein notwendiges Arbeitsmittel und müssen vorbereitet, gestaltet und nachbereitet werden. Fortbildungsangebote müssen generiert und genutzt werden etc. Um zusätzliches qualifiziertes Personal an den Schnittstellen einzusetzen, werden Gelder über den Kostensatz hinaus beansprucht, so dass die Ressourcen Personal, Zeit und Geld eine entscheidende Rolle spielen. Das Modellprojekt und der „hohe Gewinn“ für die Kinder und Jugendlichen und auch die Mitarbeiter/-innen haben deutlich gemacht, dass die Investition in diese Ressourcen lohnend ist.

Es wird darauf hingewiesen, dass in diesem Beitrag der Fokus auf der Kooperation zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe liegt. Daneben gibt es viele andere Lebens- und Entwicklungsbereiche der Kinder und Jugendlichen der Einrichtung, die ebenso bedeutend für den Hilfeverlauf sind und die durch die Mitarbeiter/-innen begleitet und unterstützt werden müssen. Beispielhaft sei hier die Förderung von sozialen Kompetenzen, Freizeitgestaltung, die Gestaltung von Eltern- und Geschwisterkontakten, Beziehungsarbeit, Schulbegleitung etc. genannt.

Um qualitativ gute und nachhaltige Hilfeverläufe zu gestalten, ist es notwendig, alle möglichen sozialen Ressourcen zu aktivieren und tragfähige Kooperationsstrukturen zu unterschiedlichen Instanzen und Organisationen wie Klinik, Schule, Vereine etc. aufzubauen. Die Kooperationspartner haben unterschiedliche Aufträge mit entwicklungsfördernden Impulsen für die Kinder und Jugendlichen.

5.7 Lernende Organisation als eine geeignete Managementdisziplin und als Modell der Zukunft

Wenn die wichtigsten Ziele der Kooperationsvereinbarung- mehr Handlungssicherheit und Verbindlichkeit in der Arbeit und die Kenntnis über Ansprechpartner/-innen und Verfahrensabläufe der beiden Systeme herzustellen und den regelmäßigen und strukturierten Austausch zu befördern- erreicht wurden, geht die Einrichtung davon aus, dass auch nach Beendigung des Projektes die bewährten Standards und Kooperationsformen beibehalten werden.

Die Mitarbeit an der Studie hat vielfältige Lernergebnisse bewirkt: Neue Einsichten wurden gewonnen und neues Wissen sich angeeignet; des Weiteren wurde über komplexe Fragen gründlich nachgedacht und neue Handlungsoptionen entwickelt. Es wurde nicht nur die Notwendigkeit zu innovativem und koordiniertem Handeln gesehen, sondern das Handeln wurde Wirklichkeit. Lernen wurde zu einem Entwicklungsweg für Einzelne, Teams und für die Einrichtung. Die Aufbruchsstimmung soll

beibehalten werden, indem Lernen institutionalisiert und zu einer fünften Managementmethode, zu einer „Lernenden Methode“, wird.

Das gemeinsame Lernen und die Weiterentwicklung der Einrichtung werden sich zuerst auf unsere Zielgruppen, dann auf die Beschäftigten der Einrichtung beziehen. Da die Beschäftigten wissen, dass mit der Mitarbeit der Eltern eines Kindes im Heim die Heimerziehung effektiver und effizienter ist, arbeiten sie an der Weiterentwicklung einer systemischen Konzeption für die Elternarbeit. Die fachliche Vorstellung ist, dass die Interventionen im Interaktionssystem der wichtigen Beziehungspartner des jungen Menschen so wirksam werden sollen, dass störungsauslösende Verhaltensweisen, Einstellungen und dysfunktionale Problemlösungsmuster verändert werden, die bisher den Konflikt und die Störung der Kinder aufrecht erhalten haben. Vorstellbar ist, sogar Video-Home-Training® als eine eigenständige intensive Beratungsform in die systemische Konzeption zu integrieren.

Nicht nur, weil es vom Gesetz gefordert wird, sondern weil wir wissen, dass Kinder und Jugendliche optimal lernen, wenn ihnen die Erzieher/-innen Vertrauen in ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten entgegenbringen und ihnen die Möglichkeit einräumen, sich in Situationen auszuprobieren und Verantwortung für ihr zukünftiges Leben zu übernehmen, wollen wir die Beteiligungsrechte der Kinder ausweiten und sie konzeptionell verankern. Außerdem sollen „Stand-by“- Ergänzungsmodule (Resilienz-, Verhaltens- und Kompetenztrainings) die alltagsgestaltende Erziehung ergänzen.

Institutionelles Lernen beinhaltet nicht nur das fachliche und persönliche Lernen Einzelner, sondern sollte das Engagement und Lernpotential auf allen Ebenen erschließen. Von daher wird es Aufgabe einer Fortbildungskonzeption sein, eine stärkere Verbindung zwischen Einzelnen, Team- und institutionellem Lernen herzustellen: Nur wenn Einzelne und Teams lernbereit und -fähig sind, kann die Organisation lernen.

5.8 Literatur

Baierl, Martin (2011). Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck &Ruprecht.

Conen, Marie-Luise (2002). Elternarbeit in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Praxis der Eltern- und Familienarbeit in Einrichtungen der Erziehungshilfe. Frankfurt/Main: IGFH Eigenverlag.

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

Senge, Peter M. (1996). Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation. Klett-Cotta.

6. Erfahrungen in der Praxis – Kooperation und Qualifizierung

Alexis Schwab

6.1 Kooperation

Zu Beginn jeder Kooperation haben die Partner Erwartungen und Hoffnungen aneinander aber auch Befürchtungen voreinander, wodurch die realen Begegnungen und Prozesse der Kooperation beeinflusst werden. Die Kooperation zwischen stationärer Kinder und Jugendhilfe (KJH) und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) ist eigentlich eine Konsequenz, die sich aus dem Aufgabengebiet der jeweiligen Partner ergibt. Beide Institutionen kümmern sich um Minderjährige, die oft traumatisierende Belastungen erlebt haben und in der Folge psychische Auffälligkeiten zeigen. Diese Minderjährigen in stationärer Kinder- und Jugendhilfe werden daher oft in den jeweils zuständigen Kinder- und Jugendpsychiatrien behandelt.

Eine akute und schließlich auch nachhaltige verantwortungsvolle Versorgung der Kinder und Jugendlichen erfordert ein erfolgreiches Ineinandergreifen dieser beiden Hilfssysteme. Das gemeinsame Ziel der „Förderung und Sicherstellung einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen“ (Kooperationsvertrag zwischen KJPP und KJH im Rahmen von „You´ll never walk alone“) ist nur mit langfristiger Planung und Koordination zu erreichen und führt daher zu einer gegenseitigen Abhängigkeit beider Systeme. Der Versuch, Erfahrungen und Abhängigkeiten zu Beginn der Kooperation transparent zu machen, zeigte bekannte Ressourcen aber auch Problemfelder auf: Verspätete klinische Interventionen, Ignorieren der Einschätzungen der Sozialpädagogik – beispielsweise hinsichtlich Krisensituationen in den Heimen – sowie eine fehlende Transparenz bezüglich der klinischen Diagnostik, Behandlung, Behandlungsdauer und der Empfehlungen wurden als Kritik der KJH an den Kliniken genannt. Umgekehrt bemängelte die KJP an der KJH oft, dass die Klinik als „Parkplatz“ für schwer erziehbare Kinder missbraucht werde, dass oft feste Ansprechpartner in der KJH fehlten, dass häufig die nötige Qualifikation in der Sozialpädagogik fehle und somit schließlich auch die Empfehlungen der KJPP schlecht umgesetzt würden. Als Ressourcen einer Kooperation wurden insbesondere klare Absprachen und kurze Kommunikationswege, aufeinander abgestimmte Krisenbewältigungspläne, gemeinsame Hilfeplanungen und Fallbesprechungen sowie gemeinsame Fortbildungen aufgeführt.

Diese Erfahrungen flossen in die Kooperation innerhalb des Projektes ein, ebenso wie der zu Beginn registrierte Wunsch und später auch die schriftliche Vereinbarung,

„in der Kooperation das gegenseitige Verständnis der Anforderungen an die Arbeit der jeweiligen Partner zu erhöhen, und eine integrierte soziale und psychiatrisch psychotherapeutische Versorgung der betroffenen Kinder zu ermöglichen“ (Kooperationsvertrag zwischen KJPP und KJH im Rahmen von „You´ll never walk alone“).

In den drei Jahren der Kooperation wurde dieser Wunsch auch in der Praxis umgesetzt. In der Projektsteuerung, in der fachlichen Kooperation und der klinischen Behandlung von Heimkindern wie auch in der Evaluation wurde deutlich, dass persönliche Beziehungen dazu führten, sich besser kennen zu lernen und dadurch die Ziele leichter umgesetzt werden konnten. Zu Beginn der Kooperation wirkten die pädagogischen Kolleginnen und Kollegen aus der stationären KJH denjenigen aus der KJPP gegenüber abtastend, vorsichtig, passiv, jedoch auch kooperativ – ähnlich der Haltung eines Pflegepersonals gegenüber einem neuen Stationspsychologen oder Stationsarzt. Im Prozess der Kooperation setzte jedoch bald eine Entwicklung ein, die dazu führte, dass man kontaktfreudiger, spontaner, aktiver, beteiligter, offener im Umgang mit den eigenen Schwächen und mutiger im Umgang mit den eigenen Stärken wurde. Nach drei Jahren Kooperationsprojekt sind schließlich Veränderungen auf mehreren Ebenen zu sehen:

- Die Einschätzung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Möglichkeiten einer Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Pädagogen der kooperierenden Heime ist deutlich realistischer geworden.
- Die Erwartung, das Problemverhalten der Kinder könne sich ohne weitere Veränderungen in ihrem sozialen Netzwerk und ihren Beziehungen dort nachhaltig durch eine stationäre Behandlung verbessern, ist deutlich geringer.
- Die Klinik wird von den kooperierenden Heimen nicht mehr als „Parkplatz“ betrachtet.
- Die Möglichkeiten von stationären Behandlungen werden insgesamt besser eingeordnet, aber auch eingeleitet.
- Die Kinder kommen besser vorbereitet in die Klinik.
- Wichtige Formulare, wie Einverständniserklärungen der Sorgeberechtigten, liegen bereits zur Aufnahme vor, biographische Daten stehen bereit.
- Ansprechpartner im Heim und in der Klinik sind vorhanden.
- Krisensituationen werden dank des gemeinsamen Krisenmanagements bereits im Heim besser behandelt, jedoch auch falls nötig besser an die Klinik weitergeleitet.

- Es entwickelt sich ein besseres Krankheitsverständnis, das Kind wird ganzheitlicher betrachtet.
- Die Symptome werden nicht bloß als „störend“, sondern auch in ihren Funktionen für die Kinder betrachtet.
- Die Ressourcen der Kinder treten stärker in den Vordergrund.
- Durch das bessere Krankheitsverständnis agieren die Pädagogen selbstständiger, kreativer und selbstbewusster.
- Das Wissen um die eigenen Kompetenzen ist gewachsen.
- Eine geringere Ausstoßungstendenz „schwieriger“ Kinder ist zu beobachten.

Ebenso sind Veränderungen bei den Minderjährigen selbst zu erkennen. Viele der Kinder und Jugendlichen kannten zwar die Kinder- und Jugendpsychiatrie, jedoch kannten es die wenigsten, dass Psychologen und Psychiater selbst zu ihnen kommen. Zu Beginn waren sie dadurch auch etwas skeptisch, legten jedoch bald ihre Befürchtungen ab und fühlten sich mit ihrem „Heimvorteil“ sehr wohl. Alle wurden den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik durch die Erzieher vorgestellt und von ihnen dazu motiviert. Sie ließen sich schließlich auch gut auf das Angebot ein und nahmen bald auch selbstständig Kontakt auf. Ein weiterer Vorteil der entstandenen Annäherung ist, dass sich die Kinder und Jugendlichen nun eher vorstellen können, sich auch in Krisensituationen an die Klinik zu wenden, wodurch krisenhafte Zuspitzungen und auch ausufernde Krisen, die möglicherweise durch kurzfristige stationäre Aufnahmen und Behandlungen entstehen, vermieden werden können. Die Selbstständigkeit in der Hilfssuche wurde so erhöht.

Schließlich hat sich auch in der Klinik einiges geändert: Die Kliniker sind an diese Kooperation mit gutem Grund vorsichtig und aufmerksam (Vorwurf der grenzüberschreitenden Psychiatrie etc.), jedoch mit großem Interesse und professioneller Neugierde herangetreten. Durch die vielen Kontakte mit den Heimleitungen und den Pädagogen sowie durch das Verlassen der Klinik und die Fahrten zu den Heimen fand bei den Klinikern ein wichtiger Perspektiven und Rollenwechsel statt. Es gelang, die sozialpädagogischen Möglichkeiten der stationären KJH realistischer einzuschätzen, wodurch sich konsequenterweise auch eine Veränderung in den Empfehlungen an die Sozialpädagogen dort vollzogen hat. Ebenso bemühten sich die Kliniker um kurze Kommunikationswege und ein besseres Verständnis bezüglich Diagnose, Therapieplanung und Entlassung im Kontakt mit dem Heim. Durch das gemeinsame Krisenmanagement und die regelmäßigen Sprechstunden konnte, um ein vielfaches schneller als üblich, Diagnostik und Behandlung für die hoch belastete Personengruppe der Heimkinder angeboten werden.

Insgesamt betrachtet befindet sich also die gesamte Triade der Minderjährigen, der KJH und der KJPP in einem Wandel, in einem positiven Prozess, wobei zentrale Schlüsselwörter Annäherung, Verständigung, Versorgung und Nachhaltigkeit sind.

Die Kooperation konnte dieses Maß an Zufriedenheit erreichen, weil einerseits die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit von allen Beteiligten erkannt worden war und damit der Prozess auf einem fruchtbaren Boden beginnen konnte. Ferner wurden Konflikte nicht ausgeblendet, im Gegenteil, die Historie der gemeinsamen Beziehung der differenten Berufszweige wurde kritisch beleuchtet und Probleme angesprochen. Hoffnungen von einer gemeinsamen und schnellen Versorgung der betroffenen Kinder, aber auch Sorgen wegen der „übergriffigen“ und „überheblichen“ Psychiatrie, und der „renitenten“ und „überforderten“ KJH wurden aufgegriffen, diskutiert und fanden ihren Niederschlag in konkreten Absprachen. Der Kontakt wurde durch regelmäßige und häufige Treffen im größeren Rahmen, aber auch auf persönlicher Ebene gefördert. Es wurden Verantwortungen verteilt. Jeder war für seinen Bereich zuständig und wurde in diesem auch in seiner Souveränität respektiert. Die Qualitäten der Kooperationspartner wurden dabei aufgezeigt und anerkannt. Schließlich kam es mit der Qualifizierung durch Fortbildungen und insbesondere Fallsupervisionen zu einer sukzessiven professionellen Annäherung und einem zunehmenden gegenseitigem Begreifen des jeweils Anderen in seinen fachlichen Anschauungen.

6.2 Qualifizierung des pädagogischen Personals der stationären Kinder und Jugendhilfe

Bereits vor Beginn unserer Kooperation mit der Jugendhilfe wurde im Projektteam überlegt, was die Klinik der Jugendhilfe anbieten könnte. Was können wir, was die Jugendhilfe interessieren könnte? Wo liegen unsere Stärken? Wo sind wir Experten? Was kann ein guter Beitrag sein? Die Angebote ließen sich schließlich in zwei Kategorien einteilen: Direkte Hilfsangebote für die Kinder in den Einrichtungen sowie indirekte Angebote durch die Qualifizierung der Jugendhilfemitarbeiter im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich.

Die Qualifizierung des Personals der stationären Jugendhilfe gehörte aus Sicht der Klinik zu den schwierigsten Absichten im Rahmen des Kooperationsprojekts. Zwar signalisierte die Jugendhilfe unabhängig von dem Angebot selbst den Bedarf nach Unterstützung bei kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Themen, dennoch rief diese Absicht, wegen der Gefahr der gefühlten oder tatsächlichen Übergriffigkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf die Jugendhilfe Befürchtungen hervor, dass es sich um ein Konfliktpotential handeln könnte. Die Klinik achtete deshalb bereits früh auf die Wahrung der Selbstbestimmung und der Souve-

ränität der Jugendhilfe. Die Angebote sollten zwar fest installiert werden, allerdings sollten die Inhalte von den Einrichtungen selbst bestimmt werden.

Zur Qualifizierung des Heimpersonals gehörten aus Sicht der Klink einerseits Fortbildungen und Workshops und andererseits Fallsupervisionen. Gleich zu Beginn der Kooperation wurden die Einrichtungen gebeten, eine Liste mit Fortbildungswünschen zu senden, auf welcher bereits Prioritäten gesetzt und spezifische Fragestellungen zu den einzelnen Themenbereichen gestellt werden sollten. So entstanden Listen mit Themen wie zum Beispiel „geistige Behinderung und sexuelle Entwicklung“, „emotionale Unterversorgung und Essverhalten“, „Umgang mit Selbstverletzendem Verhalten etc.“, zu denen jeweils Fortbildungen konzipiert wurden. Die Vorträge und Workshops fanden vor Ort in den Heimen statt, so dass die Beteiligung stets groß war. Teilweise erstreckte sich die Fortbildung auf bis zu 3 Tage, an denen die Teilnehmer sowohl passiv und aktiv teilnahmen, als auch zum Selbststudium angeregt wurden. Anhand von Fallbeispielen konnten gemeinsam praxisnah Theorien überprüft und veranschaulicht werden. Aus den Workshops entstanden konzeptuelle Vorstellungen zum pädagogischen Umgang mit speziellen Störungsbildern in den Einrichtungen. Nach Ende der Fortbildungen wurden anhand von schriftlichen Rückmeldungen die Vorträge und Workshops von den Teilnehmern bewertet, um gegebenenfalls optimiert zu werden. Die so entstandenen Fortbildungsmodule wurden gesammelt. Das entstandene umfangreiche Angebot an Fortbildungsmaterial stand allen kooperierenden Kliniken zur Verfügung.

In den Fallsupervisionen wurde insbesondere auf die Wahrung der Souveränität der Jugendhilfe geachtet. Einerseits bestand der Wunsch an die KJPP, dem pädagogischen Personal der Jugendhilfe in seiner Arbeit mit vielen Kindern mit klinischem Rat zur Seite zu stehen, andererseits hieß es auch: Sagt uns nicht, was wir zu tun haben! Folglich wurde der Fokus auf eine supervisorische Arbeit gelegt, bei der die Erzieher selbst das Problem zunächst aus ihrer Sicht schilderten, damit im Dialog mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik ein neues Verständnis für das Kind bzw. den Jugendlichen entstehen konnte und neue Problemlösestrategien gefunden werden konnten.

Es wurde folgender Supervisionsleitfaden für einen Zeitrahmen von 90 Minuten entwickelt, der auch den Erziehern zur Selbststrukturierung vorlag:

Arbeitsschritte:

1. Fragestellung/ Aktualanamnese — 5 Minuten
2. Falldarstellung — 30 Minuten
   - Biographische Anamnese/ Genogramm
   - Lebenslinie
   - Soziogramm
3. Nachfragen — 5 Minuten
4. Gemeinsame Gedanken zum Fall — 20 Minuten
   - Identifikationen/ Rollentausch
   - Assoziationen/ Phantasien
   - Funktion der Symptome
5. Bedarf des Falls — 25 Minuten
   - Antwort auf Fragestellung
   - Lösungssuche
6. Stellungnahme zur Fallsupervision — 5 Minuten

Diesem Leitfaden folgend wurden zu Beginn zunächst anhand einer Aktualanamnese die Problematik und die Fragestellung geklärt. Hierbei kam es häufig bereits zu wichtigen Reflexionen des Falls sowie daraus folgend regelmäßig zu spontanen Veränderungen der Fragestellung durch die Pädagogen selbst. Im zweiten Schritt wurde die differenzierte Falldarstellung mit biographischer Anamnese und Genogrammarbeit angereichert. Am Flipchart wurden die wichtigsten Ereignisse im Leben des Kindes auf einer Lebenslinie sichtbar gemacht und die sozialen und emotionalen Verbindungen des Kindes in einem Soziogramm gezeigt. Durch Nachfragen erhielten alle Beteiligten nochmals die Gelegenheit, weiterhin offene Fragen zu klären und fehlende Informationen zu sammeln. Im nächsten Schritt ging es darum, sich emotional auf das Kind einzulassen. Mit mentalem Rollentausch und Identifikationen, spontanen Phantasien zum Fall und zu den möglichen Funktionen des Problemverhaltens des Kindes wurde die Basis für eine gelungene Reflexion über das Erleben des Kindes und dessen Bedarf zum aktuellen Zeitpunkt hergestellt. Dadurch ergab sich die Gelegenheit, das Kind in seiner Problematik zu erkennen, bevor man auf die eigene Fragestellung – im Grunde die eigene Problematik – einging. Anschließend wurden die zu Beginn formulierten Fragen zum Fall behandelt.

Während des gesamten Prozesses wurde großer Wert darauf gelegt, zunächst keine psychologischen oder ärztlichen Problemlösungen zu bieten, sondern Raum für die in der Supervision entstehenden Hypothesen und Implikationen zu geben. Die Pädagogen wurden dabei aufgefordert, sowohl aus den eigenen Erfahrungen als auch aus der supervidierten Auseinandersetzung mit dem Fall zu schöpfen. Der Supervisor sprach nötigenfalls Empfehlungen aus. Schließlich wurde in einer abschließenden Runde Raum für Rückmeldungen über die jeweilige Fallsupervision gegeben.

In der Weiterführung des Projektes sind mit einigen Einrichtungen auch Qualifizierungsmaßnahmen durch Personal der KJH in der Klinik vorgesehen.

7. Kooperatives Krisenmanagement – Begriffe, Pläne und Verfahren

Sunke Himpel, Andrea Kauschke und Cornelia Pfau

7.1 Fallbeispiel 1

An der Pforte der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und -Psychosomatik (KJPP) sitzt kurz vor Mitternacht ein kleiner, etwas ungepflegt wirkender Junge mit einer leeren Wasserflache und einer halbvollen Tüte Gummitiere in den Händen. Zwischen seinen Beinen hält er einen blauen Müllbeutel mit ein paar Anziehsachen. Vor Müdigkeit fallen ihm immer wieder die Augen zu. Er heißt K.

K., 11 Jahre, stamme, wie sich später herausstellt, aus einem Dorf bei Hannover. Er sei das Kind einer Deutschen und eines Südamerikaners. Der Vater habe sich, als K. 1 Jahr alt gewesen sei, getrennt und sei wieder nach Peru geflogen. Die von nun an alleinerziehende Mutter sei zunehmend dem Alkohol verfallen, bis K. in der 2. Klasse in einem durch die Schule initiierten Kinderschutz-Verfahren durch das zuständige Jugendamt aus der Familie genommen und in einer wohnortnahen Regel-Wohngruppe untergekommen sei. Im der nachfolgenden Zeit sei die Mutter abgetaucht. Es bestehe keinerlei Kontakt mehr zu ihr. K. sei in der Einrichtung und in der Schule zunehmend verhaltensauffällig geworden, reizbar, impulsiv und aggressiv, zunächst lediglich verbal und mit Sachbeschädigung, im weiteren Verlauf aber auch gegenüber anderen Kindern. Nachdem er im Rahmen eines eskalierten Konfliktes in der Einrichtung einen Erzieher angegriffen habe, habe sich die Einrichtung an die zuständige KJPP gewandt. Diese habe K.s Zustand als „nicht akut psychiatrisch“ gewertet und eine Aufnahme abgelehnt. Die Einrichtung habe sich nicht im Stande gesehen, K. weiter bei sich zu betreuen und die weitere Übernahme der Verantwortung bzw. Betreuung abgelehnt. Daraufhin sei K. in einer Nacht-und-Nebel-Aktion im Kindernotdienst des Jugendamtes untergebracht worden. Auch dort habe sich K. aggressiv verhalten und sei mehrfach weggelaufen. Das Jugendamt habe eine neue – diesmal eine so genannte intensivpädagogische – Einrichtung gesucht und einen Träger in Brandenburg gefunden, der sich bereit erklärt habe, K. bei sich aufzunehmen. Da K. im Kindernotdienst kaum führbar gewesen sein soll, habe das Jugendamt eine rasche Aufnahme organisiert. So sei K. von einem Tag auf den anderen in die neue Jugendhilfeeinrichtung gebracht worden, so dass weder K. noch die Mitarbeiter der neuen Gruppe hätten vorbereitet werden können. Eine Übergabe habe nicht stattgefunden.

In der neuen Einrichtung habe sich K. die ersten drei Tage angepasst und beobachtend verhalten. Als er dort aber am dritten Tag abends, weil er seinen Schlafanzug nicht habe anziehen wollen, massiv ausrastet sei und zu einem Küchenmesser gegriffen habe, sei die anwesende Erzieherin vollkommen überrascht gewesen, habe nicht mehr gewusst, sich zu helfen und den Notarzt gerufen. Bis zu dessen Eintreffen seien eiligst einige Kleidungsstücke und Utensilien in einen blauen Müllbeutel gepackt worden.

Als der Notarzt eingetroffen sei, habe sich K. bereits wieder beruhigt und auf seinem Bett gesessen „wie ein Häufchen Elend“. Die Erzieherin habe jedoch befürchtet, dass es nach dem Weggang des Notarztes zu einer erneuten Eskalation kommen könne und den Notarzt überzeugt, K. in die nun zuständige KJPP zu fahren. K. habe sich noch eine Flasche Wasser für die Zwischenzeit mitgenommen. Unterwegs habe der Notarzt einen neuen Einsatz wegen eines akuten Herzinfarktes erhalten. Als er in der KJPP angekommen sei, habe zunächst geklärt werden müssen, wer für K. zuständig sei, so dass die Pförtnerin viel Zeit am Telefon verbracht habe. K. sei weiterhin ruhig gewesen. Da der Notarzt wegen des nächsten Einsatzes wenig Zeit gehabt habe, habe er sich entschlossen weiterzufahren. Er habe der Pförtnerin die Papiere und K. seinen „blauen Sack“ in die Hand gedrückt und sich verabschiedet. Er sei jedoch noch einmal zurückgekommen und habe K. eine Tüte Gummitiere, wohl, weil ihm K. leid getan habe, gegeben. Es seien fast 45 Minuten vergangen, bis der diensthabende Arzt, der sich noch um einen akut suizidalen Patienten habe kümmern müssen, Zeit gehabt habe. Inzwischen war es kurz vor Mitternacht.

Dem diensthabenden Arzt erzählte K., dass er nicht wisse, warum er in der Klinik sei. Er habe nicht ins Bett gewollt, weil er nachts so schlecht träume, und habe dann eine Erzieherin beleidigt. Wie das Heim heiße, wisse er auch nicht. Er sei erst seit ein paar Tagen dort. Aber den Ort habe er sich merken können. Aus den Papieren des Notarztes ging hervor, dass es „im Rahmen einer dekompensierten Psychose zu einer Fremdgefährdung“ gekommen sei. Zudem waren Name und Geburtsdatum von K. angegeben. Zum Wohnort fanden sich keine Angaben. Der Arzt versuchte nun im Internet herauszufinden, welches Heim in Frage kam, um einen Ansprechpartner zu finden und mehr Informationen über den Anlass der Vorstellung und die Sorgerechtssituation zu erhalten. Er konnte zwei Jugendhilfeeinrichtungen in dem angegebenen Ort ausmachen und versuchte, diese über die im Internet angegebene Telefonnummer anzurufen. Bei der einen sprang der Anrufbeantworter des Sekretariats an, bei der anderen (der richtigen) wurde nicht abgehoben. Die zuständige Betreuerin der Jugendhilfeeinrichtung war, wie später zu erfahren war, grade dabei, die anderen sechs Kinder der Gruppe wieder zu beruhigen und zum Weiterschlafen zu bewegen. Sie habe keine Zeit gehabt, ans Telefon zu gehen.

Schließlich wurde K. auf einer Kinder-Station aufgenommen, wo er um 2.30Uhr ins Bett kam. Der diensthabende Arzt konnte schließlich den Notarzt erreichen und in Erfahrung bringen, aus welcher Einrichtung K. stammte. K. konnte nicht schlafen und erzählte der Nachtschwester seine Geschichte.

7.2 Fallbeispiel 2

J., 12 Jahre, ist ein kleiner schmächtiger Junge. Er lebte in einer heilpädagogisch arbeitenden Wohngruppe und besuchte eine Klasse einer Schule für geistig behinderte Kinder. Aus der Wohngruppe und der Schule wurden im Winter 2010 massive Verhaltensprobleme geschildert. J. reagiere nicht auf Ansprache, sei aggressiv, habe heftige Wutanfälle, schlage mit dem Kopf auf den Tisch und drohe suizidale Handlungen an. Gründe für sein Verhalten könne man nicht immer erkennen. J. selbst habe keine Erklärung für sein Verhalten. Er wisse nicht, was mit ihm los sei.

Was war die Folge? Suspendierungen aus der Schule, Krisengespräche in der Einrichtung, Sorge und Hilflosigkeit bei den Beteiligten. Die Einrichtung rief über das „rote Telefon“ die zuständige KJPP an. Dort kannte man J. schon aus einer Sprechstunde in der Einrichtung, in der er kurz nach Aufnahme in die Einrichtung vorgestellt wurde. Zunächst wurde die Einrichtung dahingehend am Telefon beraten, was sie bei erneuten aggressiven Impulsdurchbrüchen machen könnte. Außerdem wurde besprochen, dass bei Bedarf eine kurzfristige Aufnahme in der KJPP möglich sei und der Nachtdienst der Klinik informiert werde. Unabhängig davon wurde vereinbart, rasch eine Helferkonferenz einzuberufen. Die Einrichtung informierte das zuständige Jugendamt und den Vormund. Die Helferkonferenz konnte somit drei Tage später stattfinden. Unter Beteiligung aller Personen – Erzieher und Psychologe der Heimeinrichtung, Vormund des Jungen, Vertreter der Schule und Psychologin und Ärztin der KJPP – wurde versucht herauszufinden, welche Bedingungen J. braucht, um sich wieder wohl zu fühlen und seinen Alltag zu meistern.

In dieser Situation ging es nicht darum zu schauen, wer hat was in welcher Situation falsch gemacht. Vielmehr tauschte man sich aus, was sich im Umgang mit K. als positiv und stärkend erwiesen hatte, was als ungünstig. Die Schilderung der Biografie des Jungen diente dazu, ein entsprechendes Verständnis und eine Grundlage des Störungsbildes zu entwickeln. Während die Einrichtung mit J. jeden Mittag in Ruhe ein Gespräch über den Vormittag und seine Erfolge und Schwierigkeiten führte, erklärte sich die Schule bereit, J. zunächst wieder stundenweise zu beschulen. Es wurde vereinbart, dass die Einrichtung und die Schule sich wenigstens einmal pro Woche über den Verlauf austauschen. Der Psychologe der Einrichtung bot an, mit J. regelmäßig Gespräche zu führen. Außerdem wurden die Telefonnummern der jeweiligen Ansprechpartner ausgetauscht und vereinbart, dass das Jugendamt als Koordi-

nator zur Verfügung steht und hierfür die notwendigen Informationen von allen Beteiligten erhält. Eine zusätzliche Fallsupervision in der Wohngruppe mehrere Wochen nach der Helferkonferenz diente zur Reflexion der erarbeiten Lösungsmöglichkeiten und stärkte das Team der Einrichtung in ihrem Handeln. J. wurde in kurzen Abständen vor Ort gesehen und im Verlauf wieder in die Heimsprechstunde integriert. J. hat sein Verhalten deutlich stabilisieren können. Die Erzieher des Teams berichteten von einer positiven Entwicklung in WG und Schule.

7.3 Notwendigkeit eines kooperativen Krisenmanagements

Beide Fallbeispiele zeigen typische Krisen, wie sie regelmäßig an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfeeinrichtungen und KJPP auftreten. Doch wo liegt der Unterschied? Beide Jungen waren aggressiv. Während bei K. sich jedoch deutliche Defizite in der Kooperation zeigten, kamen bei J. eine Reihe von Möglichkeiten zu einem gemeinsamen Krisenmanagement zum Tragen.

Bei K. kam es zu einer Eskalation, deren weiterer Verlauf für alle Beteiligten wenig befriedigend war. Die Erzieherin fühlte sich überrumpelt und allein gelassen. Der Notarzt hatte ein schlechtes Gewissen und Mitleid und der Arzt der KJPP war wütend und entsetzt über das Bild, das sich ihm bot. Keine gute Basis für den weiteren Verlauf am nächsten Tag.

Im ungünstigsten Fall wäre am nächsten Tag weiterhin kein Ansprechpartner auszumachen und weder die Koordination noch die Sorgerechtssituation zu klären gewesen. Wenn K. keine weiteren Impulsdurchbrüche gezeigt hätte, hätte sich die KJPP zu einer Entlassung entschieden. Die Einrichtung hätte sich überfordert gefühlt und die weitere Betreuung abgelehnt. In der Folge wäre das zuständige Jugendamt durch die KJPP informiert worden und K. wieder im Kindernotdienst aufgenommen worden. Geholfen hätte dies niemandem, aber die Kooperation wäre das nächste Mal vorbelastet gewesen und K. wäre einmal mehr vermittelt worden, dass ihn niemand haben möchte. Seine Prognose hätte sich weiter verschlechtert.

Im weniger ungünstigen Fall hätte sich die Einrichtung am nächsten Tag gemeldet, es wäre ein Termin vereinbart worden, zu dem auch der zuständige Mitarbeiter des Jugendamtes eingeladen worden wäre, so dass man im Sinne einer Helferkonferenz mit den wichtigsten Beteiligten hätte besprechen können, wie es im Interesse von K. weitergehen solle. Es musste die Sorgerechtssituation geklärt, eine kinderpsychiatrische Diagnostik vereinbart und überlegt werden, wie K. in der Einrichtung bleiben könne, um einen erneuten Wechsel zu vermeiden. Letzteres konnte erreicht werden.

Im Fall von J. dahingegen konnte über eine gute Kooperation, die im Vorfeld der Krise etabliert worden war, eine weitere Eskalation verhindert werden und den Be-

dürfnissen von J. Rechnung getragen werden. Zudem ging es den Beteiligten anschließend gut, was sowohl der Zuversicht und der Arbeitszufriedenheit als auch dem wechselseitigen Verständnis und der Kooperation zu gute kam.

Gerade in Krisensituationen, in denen sich oft sowohl das betroffene Kind als auch das umgebende System in einer angespannten Situation befindet, zeigt sich, wie gut Kooperation funktioniert. Man muss sich aufeinander verlassen können, es muss schnell entschieden werden und die notwendigen Hilfen müssen rasch aktivierbar sein. Hierfür ist aber notwendig, dass bereits vor der akuten Situation an allen drei Punkten gemeinsam gearbeitet wurde. Das kostet Zeit, Engagement und wechselseitige Akzeptanz. Die Erfahrungen aus dem Kooperationsprojekt „You'll Never Walk Alone.“ (YNWA) zeigen jedoch, dass sich diese „Investitionen“ lohnen. Krisenverläufe wie bei K. konnten damit deutlich reduziert werden. Im Nachfolgenden möchten wir einige der Erfahrungen und Wege der Kooperation bei Krisen im Sinne eines kooperativen Krisenmanagements darlegen.

7.4 Definition von Krise

Um gemeinsam an einem Thema arbeiten zu können, ist es notwendig, dass man sich versteht und miteinander reden kann. Hierfür ist es praktisch, eine gemeinsame Sprache zu sprechen. Gerade im Bereich der Krisen und dem Umgang hiermit gibt es jedoch sehr unterschiedliche Verständnisse und Definitionen.

Das Wort „krisis“ stammt aus dem Altgriechischen und hat die Bedeutung: Wende, Höhepunkt, Entscheidung. Eine Krise kann zugleich Gefahr und Chance darstellen. In der altgriechischen Dramaturgie ist dies der Zeitpunkt, an dem sich entscheidet, wie die Handlung weiter verläuft, entweder zu einer Tragödie oder zu einem Happy End.

Caplan sagt, „eine Krise entsteht, wenn ein Mensch sich auf dem Weg zu wichtigen Lebenszielen einem Hindernis gegenübersieht, das er im Augenblick mit seinen üblichen Problemlösemethoden nicht bewältigen kann.“ (Arieti und Caplan, 1974). Er versteht unter dem Begriff Krise eine akute Überforderung des gewohnten Verhaltensrepertoires durch belastende innere und äußere Erlebnisse bei dem etablierte Bewältigungsstrategien nicht mehr greifen. (Kunz, Scheuermann und Schürmann, 2004).

Ciompi beschreibt eine Krise als eine Situation, die akut und überraschend mit dem Charakter des Bedrohlichen auftritt. Sie bringt eine Labilisierung mit sich, die mit einer erhöhten Beeinflussbarkeit verbunden ist, so dass kleine Ursachen eine große Wirkung haben können. Eine Krise kann u.a. folgende Systematiken aufweisen:

Spannung, Unsicherheit, Angst, Hilflosigkeit, Irritation und Aggressivität, Verwirrtheit und wahnhafte Projektion. Somit werden neue Bewältigungsstrategien entwickelt und auf ihre Wirksamkeit überprüft. Gleichzeitig werden alte Verhaltensmuster und nun nicht mehr effiziente Strategien abgebaut. Kommt es weiterhin zu keiner funktionalen Lösung, setzt sich jedoch der Abbau weiter fort, ohne dass neue Verhaltensmuster etabliert werden können. Somit kommt es zur zunehmenden Destabilisierung des Menschen in seinen Verhaltens- aber auch kognitiven, emotionalen und Persönlichkeitsmustern. Hierdurch kann es zu bleibenden Schäden kommen, die sich auch neurobiologisch nachweisen lassen.

Caplan unterscheidet bei Ablauf von Krisen vier Phasen mit typischen Änderungen auf der Verhaltens-, Gefühls- und Kognitionsebene (Arieti und Caplan, 1974). Zunächst kommt es zu Lösungsversuchen aus dem bekannten Repertoire. Finden sich hierbei keine funktionalen Lösungen, so entsteht eine Destabilisierung, in der innegehalten wird, um in der nächsten Phase der Neuorganisation neue Strategien zu entwickeln. Zeigt sich auch hierbei keine Besserung, so kommt es zur Erschöpfung mit Verebbung von Antrieb, Gefühlen und Kognitionen. Ein ähnliches, jedoch ressourcenorientierteres Modell wurde von Cullberg entwickelt (1978)

Inzwischen ist durchaus klar, dass die von Caplan und Cullberg entwickelten Modelle nicht ganz zutreffen, sondern die Phasen ineinander übergehen und sich häufig parallel entwickeln. Einzelne Phasen sind somit oft nicht abgrenzbar. Das Modell zeigt jedoch auf anschauliche Weise, welche Folgen längerfristige Krisen haben können. Das Modell der „Krisen“ zeigt große Parallelen zu den Bereichen der Stress- und Traumaforschung. Sie können sozusagen als der Übergang von Stress in ein Trauma angesehen werden. Wichtig ist festzuhalten, dass sich die Betroffenen, die sich in einer Krise befinden, nicht mehr alleine aus dieser befreien können und in Gefahr sind, bleibende Schädigungen davonzutragen. Somit ist unabdingbar Hilfe von außen geboten.

7.4.1 Unterteilungen von Krisen

Krisen können weiter unterteilt werden je nach dem, was die Krise ausgelöst hat. Grundsätzlich können

1. Lebensveränderungen
2. Traumatische Erlebnisse

Krisen verursachen. Einige Autoren unterscheiden zudem Krisen, die durch Verlust und Trauer entstehen. Andere wiederum zählen diese zu den Krisen im Rahmen von gravierenden Lebensveränderungen, da der Betroffene mit der Veränderung, dass jemand oder etwas nicht mehr da ist, zurechtkommen muss. Somit kann von

1. Veränderungs-Krisen
2. Traumatischen Krisen

gesprochen werden. Versuche der Stress-Forschung, Stressoren in eine allgemein gültige Rangreihe einzuordnen, haben gezeigt, dass dies nicht möglich ist, da jeder Mensch unterschiedlich auf verschiedene Krisen reagiert und mehr oder weniger damit umgehen kann. Es lässt sich lediglich festhalten, welche Stressoren für mehr und welche für weniger Menschen eine starke Belastung darstellen. Insbesondere Vulnerabilitäten und Resilienzen spielen eine große Rolle, wie gut oder schlecht jemand mit neuen Situationen oder Traumata zurechtkommt. Somit hat jeder Mensch „seine“ individuellen Auslöser, die ihn in eine Krise stürzen lassen können. Wichtig ist jedoch zu wissen, dass jeder von uns bei ausreichender Belastung irgendwann in eine Krise geraten kann und es sich nicht um „Schwäche“ oder dergleichen handelt.

Im Rahmen des klinischen Alltags tauchen zudem immer wieder die Unterteilungen in

1. Psychiatrische Krisen
2. Pädagogische Krisen

auf. Mit den „psychiatrischen Krisen“ sind in der Regel Krisen gemeint, die aufgrund oder im Rahmen einer psychiatrischen Störung bzw. Krankheit entstehen, während es sich bei „pädagogischen Krisen“ um Krisen handeln soll, die aufgrund von Schwierigkeiten des Umfeldes mit einem Kind oder Jugendlichen entstehen, sozusagen, weil die pädagogischen Rahmenbedingungen versagen. Diese Unterteilung hat sich jedoch als wenig hilfreich erwiesen. Erstens ist es in der Regel nicht möglich, eine Grenze zwischen den beiden zu ziehen, da psychiatrische Störungen immer auch eine Auswirkung auf das pädagogische Umfeld nach sich ziehen und sich umgekehrt das pädagogische Umfeld auch auf den Verlauf einer psychiatrischen Störung auswirken. Zum Zweiten wird die Unterteilung in „psychiatrische“ und „pädagogische“ Krise häufig dafür herangezogen, um zu erklären, warum man nicht zuständig sei, sondern das andere System. D.h. für „psychiatrische“ Krisen sei ausschließlich die KJPP und für die „pädagogischen“ ausschließlich die Jugendhilfe zuständig. Um derartigen „Fallstricken“ im Vornherein aus dem Weg zu gehen, empfehlen die Autoren dieses Artikels, in der Kooperation zwischen Jugendhilfe und KJPP auf diese Begriffe zu verzichten.

Im Rahmen des Projektes YNWA hat es sich als vorteilhafter erwiesen zu unterscheiden, wer sich eigentlich in der Krise befindet, das betroffene Kind oder das System, in dem sich das Kind befindet. In Anlehnung an die tiefenpsychologischen Definitionen von Konflikten wurden hierfür die Begriffe

1. Intrapsychische Krise
2. Interpersonale Krise

gewählt (z.B. Fischer und Wiswede, 1997). Hierbei hat sich gezeigt, dass sich in den meisten Fällen, die die Kooperation betreffen, sowohl das Kind als auch die Jugendhilfegruppe, also das System, in dem sich das Kind befindet, in einer Krise befinden. Hierbei können sich zunächst intrapsychische Krisen über das Verhalten des Kindes auf die Gruppe übertragen, aber auch persistierende interpersonale Krisen einzelne Gruppenmitglieder in eine Krise stürzen. Es ist aber auch möglich, dass sich die intrapsychische Krise eines Kindes nicht negativ auf die Gruppe auswirkt, was insbesondere der Fall ist, wenn die Gruppe schnell auf die Krise des Kindes reagiert und gut mit Krisen umgehen kann. Anderseits kann sich aber auch die Gruppe, meist insbesondere das Team aus Erziehern, in einer interpersonalen Krise befinden, ohne dass es bei dem Kind, um das es an der Schnittstelle geht, kriselt. Beispiele hierfür sind Kinder oder Jugendliche mit dissozialem Verhalten aber auch mit ausgeprägten Bindungsstörungen, die die Gruppe immer wieder an den Rand der Belastbarkeit bringen. Es hat sich hierbei gezeigt, dass gerade die interpersonalen Krisen ohne intrapsychische Krise, bei der Vorstellung eines Kindes in der KJPP, eine hohe Anforderung an die Kooperation darstellen, für deren gutes Gelingen, insbesondere ein hohes wechselseitiges Verständnis und Vertrauen wichtig ist.

7.5 Krisenmanagement

„Krisenintervention ist der erlernte Umgang eines neutralen, nicht an der Krise beteiligten oder gar darin verwickelten Helfers mit dem Krisengeschehen bei unmittelbarer Kommunikation mit dem Betroffenen mit dem Ziel, letzterem bei der Bewältigung der Krisensituation beizustehen und in der Krise lauernde Gefahren abzuwenden.“ (Wedler, 1994: 57)

Im Bereich des Krisenmanagements gibt es die verschiedensten Konzepte, Methoden und Modelle. Egal welchem Konzept man folgt, ist es wichtig zu verstehen, dass ein Krisenmanagement nicht während einer Krise entwickelt werden kann. Dies muss in einem möglichst krisenfreien Rahmen entstehen. Im Rahmen des Projektes YNWA wurden hierfür von verschiedenen Mitarbeitern der jeweiligen Jugendhilfe und der KJPP Arbeitsgemeinschaften „AG Krise“ gegründet, die sich diesem Thema gewidmet haben. Im Vorfeld waren bereits verschiedene Maßnahmen ergriffen worden, das Verständnis füreinander zu erhöhen und das Vertrauen zu stärken. Auf diese Maßnahmen soll im Rahmen dieses Artikels jedoch nicht weiter eingegangen werden. Jedenfalls konnte somit trotz so mancher energiereichen Diskussion ein offenes und dennoch meist „krisenfreies“ und wenn nicht, dann wenigstens „krisenlösendes“

Klima geschaffen werden. In der praktischen Arbeit mit den Jugendhilfeeinrichtungen haben die Kliniker sich nicht an ein konkretes Phasenmodell gehalten. Im Vordergrund stand zunächst die Betrachtung schon existierender Kriseninterventionsschemata. In den mit den Kliniken kooperierenden Einrichtungen wurden sich jeweils vor Ort vorhandene Krisenpläne angeschaut. Dabei zeigten sich bereits z.T. unterschiedliche Auffassungen darin, was eine Krise definiert. Durch die Gespräche mit den Erziehern und dem Aufzeigen der Möglichkeiten, die die Klinik im Umgang mit Krisen bietet, fand bald eine deutliche Annäherung statt.

Bei der Entwicklung eines Krisenmanagements wurde durchweg daran festgehalten, dass Krisen immer eine Hilfe von außen indizieren, wie bereits im Kapitel „Definitionen“ dargelegt wurde. Dies bedeutet, dass eine Gruppe, die sich in einer interpersonalen Krise befindet, ebenso Hilfe von außen erhalten sollte, wie ein Kind, das sich in einer Krise befindet. Weiterhin ist zu bedenken, dass die Betroffenen häufig nicht mehr in der Lage sind, zu erkennen, dass sie Hilfe benötigen oder Ideen für Hilfen zu entwickeln. Im Rahmen des Krisenmanagements sollten mögliche Hilfen aufgezeigt und etabliert werden. Um das Erkennen möglicher Krisen leichter zu machen, wurden hierfür zum Einen *typische Auslöser,* zum Anderen *Frühwarnzeichen* gesammelt. Hierdurch wurde es möglich, schneller auf Krisen zu reagieren. Es hatte sich zudem gezeigt, dass *Entscheidungsbäume* beim weiteren Umgang mit der Krise eine Erleichterung für den Ablauf darstellen. Diese beinhalten, wie dringlich zu handeln ist und wer als Helfer in Frage kommt. Zudem wurde im Rahmen von *Interventionsmanualen* festgeschrieben, in welcher Reihenfolge Hilfen aktiviert werden sollen, wer für was zuständig ist und wie der Informationsfluss stattfinden soll. Diese wurden individuell für jede Jugendhilfeeinrichtung entwickelt, da sich die Strukturen und Möglichkeiten teilweise sehr stark unterscheiden, und somit auf die jeweiligen Bedürfnisse besser eingegangen werden konnte. Zudem wurde jeweils ein Leitfaden dafür entwickelt, wie im Nachgang mit den Krisen umgegangen werden soll. Kriseninterventionen müssen immer weiter entwickelt werden, um sich Änderungen im System anpassen zu können und sie weiter zu verbessern. Es bietet sich an, aus den Erfahrungen mit bereits abgeschlossenen Krisen zu lernen und zu erkennen, welche Maßnahmen sich als wirksam herausgestellt haben und welche nicht. Um diese Erfahrungen systematisch sammeln zu können und nicht im Sande verebben zu lassen, wurden *Krisen-Nachbesprechungsverfahren* etabliert. Aus diesen geht hervor, wann und mit wem Krisen nachbesprochen werden sollen. Es erwies sich hierbei als wichtig, immer die Betroffenen mit einzubeziehen, auch wenn es sich um weniger kooperative Kinder oder Jugendliche handelt.

Auf der Ebene der individuellen Arbeit mit den Kindern wurden in Anlehnung an die Ulmer Heimkinderstudie (Nützel, Schmid, Goldbeck und Fegert, 2005) sogenann-

te *Krisen-Unterstützungspläne* etabliert. Durch den Bezugserzieher wird mit dem Kind bzw. Jugendlichen in der Einrichtung ein Plan zur Unterstützung in schwierigen Situationen erarbeitet. Dabei werden Problemverhaltensweisen, mögliche auslösende Konflikte oder Situationen und erste Warnzeichen für das Kind bzw. den Jugendlichen und für die Gruppenmitarbeiter beschrieben. Anschließend wurde erörtert, was eigentlich hinter dem Problemverhalten stehen könnte, worum es dem Kind bzw. Jugendlichen eigentlich geht. Die Fragen, was oder welches Verhalten auf Seiten der Mitarbeiter, aber auch auf Seiten des Kindes bzw. Jugendlichen die Situation noch weiter verschärfen könnte, dient hierbei einem besseren Verständnis und soll bei der Herleitung möglicher Lösungsmöglichkeiten helfen. Schließlich werden Möglichkeiten, was der Einzelne selbst in dieser Situation tun könnte und wie die Gruppenmitarbeiter bei der Konfliktlösung das Kind bzw. den Jugendlichen unterstützen könnten, detailliert aufgeschrieben. Die Krisen-Unterstützungspläne können zudem als Leitfaden für die Krisen-Nachbesprechung dienen. Der Inhalt dieser Pläne wird hierbei immer wieder angepasst, sofern sich neue Situationen zeigen oder sich andere Lösungsmöglichkeiten als effektiver erweisen.

7.6 Kooperationsmöglichkeiten

Da es für einen guten und erfolgversprechenden Umgang mit Krisen unabdingbar ist, Hilfen von außen zu etablieren, erweist es sich als sinnvoll, im Rahmen des Krisenmanagements die Kooperation mit externen Helfern zu strukturieren. Im Rahmen des Projektes YNWA ging es vorrangig um die Kooperation zwischen stationären Jugendhilfeeinrichtungen, Jugendämtern und KJPP. Somit war ein Bereich der Kooperation die Entwicklung von *Krisen-Kooperationsvereinbarungen.* Im Nachfolgenden sollen verschiedene Module, die entwickelt und etabliert wurden und sich als wirksam erwiesen haben, dargestellt werden. Auch hierbei zeigte sich, dass die unterschiedlichen Strukturen und Möglichkeiten in den Jugendhilfeeinrichtungen es nötig machten, individuelle Vereinbarungen zu treffen und die Module dementsprechend anzupassen. Aufgrund der Vielfalt verschiedener Strukturen in den Einrichtungen wird auf die individuelle Ausgestaltung der einzelnen Module verzichtet. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass eine einfache 1:1-Übernahme nicht erfolgreich sein würde und eine sinnvolle Ausgestaltung nur im ausführlichen Dialog miteinander entstehen kann. Folgende Module wurden für die Kooperation genutzt:

1. Allgemeine Absprachen
2. Notfall-Telefon („Rotes Telefon“)
3. Ambulante Krisenintervention mit Gespräch in der Klinik
4. Stationäre Krisenintervention für 2-3 Tage
5. Fallbesprechungen und Supervisionen

In den *Allgemeinen Absprachen* wurde vereinbart, dass es auf Seiten der KJPP für Krisen einen festen Ansprechpartner mit Vertretungen gibt. Hierbei gilt, dass eine Krise jede ist, die von der Einrichtung als solche wahrgenommen wird. Diese erhält die Möglichkeit, sich immer durch die KJPP beraten zu lassen und bei Bedarf auch in der Ambulanz/-Klinik vorzustellen. Eine Unterscheidung, ob es sich um eine intrapsychische oder eine interpersonale Krise handelt, wurde hierbei nicht gemacht. Auf Seiten der Einrichtung wurde zugesagt, dass eine Beendigung der Jugendhilfemaßnahme während der Krisenintervention mit bzw. in der KJPP nicht möglich ist, es sei denn, dies wird sowohl von der Einrichtung als auch der KJPP für sinnvoll betrachtet. Zudem wird zu Beginn der Krisenintervention schriftlich fixiert, welcher Mitarbeiter der Einrichtung für diese Krise der Ansprechpartner ist und wie er erreicht werden kann.

Für eine zeitnahe Beratung und Absprachen wurde ein Notfall-Telefon, das *Rote Telefon*, in der KJPP eingerichtet, dessen Nummer allen Mitarbeitern der Einrichtung bekannt ist, und wo jederzeit angerufen werden kann. Über dieses können Krisen angekündigt, besprochen und beratschlagt werden. Hierbei hat es sich als sehr hilfreich erwiesen, auch wahrscheinliche oder mögliche Krisen telefonisch anzukündigen, insbesondere, wenn sie außerhalb der regulären Arbeitszeiten der KJPP zu eskalieren drohen. Bereits am Telefon können so Vorgehensweisen besprochen werden. Die Weitergabe der Information an den nachts zuständigen ärztlichen Bereitschaftsdienst der KJPP verschafft weitere Handlungssicherheit. Oftmals waren klinische Interventionen dann nicht mehr notwendig.

Für die *ambulante Krisenintervention* wurden in der KJPP regelmäßige Zeitfenster für dringliche Vorstellungen reserviert. Die Nutzung der Notsprechstunde hilft kurzfristige Lösungsmöglichkeiten in schwierigen Situationen zu finden. Die Kinder und Jugendlichen haben rasch feste Ansprechpartner in der Ambulanz und vor Ort in ihren jeweiligen Einrichtungen. Somit können den Kindern und Jugendlichen, aber auch den Mitarbeitern niedrigschwelligere und raschere Hilfen von außen angeboten werden. Durch frühzeitige Unterstützung konnten bereits mehrfach die weitere Destabilisierung unterbrochen und somit Krisen abgewendet werden.

Um Handlungssicherheit und Verlässlichkeit auch bei *stationären Krisenintervention*en in der KJPP zu erhalten, wurden hierfür Standard-Prozedere entwickelt, die

insbesondere beinhalten, wer die Ansprechpartner sind, wie der Informationsfluss zwischen KJPP, Jugendhilfeeinrichtung, Sorgeberechtigten und Jugendamt stattfinden soll, und wie die Entlassung aus der KJPP gestaltet wird. Die stationäre Krisenintervention wird zunächst für zwei bis drei Tage eingeplant. In dieser Zeit erhält das System die Möglichkeit, sich wieder etwas zu stabilisieren, werden die Helfer an einen Tisch (oder Telefon) gebracht und mögliche Hilfen koordiniert. Am Ende der drei Tage erfolgen eine Auswertung der Krisenintervention und die Festlegung weiterer Unterstützungen. Hierbei beteiligt sich die KJPP mit ihren ambulanten, teilstationären und vollstationären Angeboten und steht beratend zur Seite. Durch die vorherige Festlegung können die häufig zu beobachtenden Abläufe aus unkoordinierter, krisenhafter Klinikaufnahme, zeitaufwendiger Klärung, wer für was verantwortlich ist, und unvorbereiteter Entlassung reduziert werden. Die Enttäuschung der Jugendhilfeeinrichtung, in Krisensituationen nicht ausreichend unterstützt zu werden, und der KJPP, dass Krisen in die Klinik „abgeschoben“ werden und sich dann keiner mehr verantwortlich fühlt, tritt hierdurch seltener auf. Dem Kind soll weniger das Gefühl vermittelt werden, nicht gewollt zu sein (siehe Fallbeispiel 1).

Als sehr wirksam im Verständnis der Nöte und der Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen in Krisensituationen erwiesen sich *Fallbesprechungen* und *Fallsupervisionen*. Mitarbeiter der KJPP besprachen vor Ort „Fälle“, also Kinder, die durch die Mitarbeiter der Einrichtung als problematisch berichtet wurden. Krisensituationen konnten dann besser ausgehalten werden und wesentlich konstruktiver erfolgreiche Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden. Zudem konnten in diesem Rahmen Krisen nach besprochen werden und gemeinsam aus den Erfahrungen gelernt werden.

7.7 Schlussfolgerungen

Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen sind aufgrund ihrer mehr oder weniger traumatischen Erfahrungen, häufigen Bindungsschwierigkeiten und teilweise langjährig verfestigten, dysfunktionalen Coping-Strategien in ihren Fähigkeiten mit Veränderungen oder Traumata umgehen zu können, häufig beeinträchtigt. Aufgrund dessen sind sie deutlich gefährdeter als andere Kinder bzw. Jugendliche, in Krisen zu fallen. Auf der anderen Seite bergen die multiprofessionellen Teams der „Helfer“ ein gewisses Konfliktpotential in sich. Gerade in Krisensituationen, in denen eigentlich rasch gehandelt werden muss und man sich „blind“ aufeinander verlassen können sollte, kommen derartige Konflikte gerne zum Tragen. Dies lenkt immer wieder von dem eigentlich gemeinsamen Ziel ab, die Kinder und Jugendlichen in ihren Krisen zu stützen und ihnen zu ermöglichen, neue funktionalere Strategien zu erlernen. Kinder nehmen gerade in Krisensituationen sehr schnell wahr, ob sie einem System vertrauen und Hilfen annehmen können oder auch nicht.

Neben dem allgemeinen besseren Verständnis füreinander und der stärkeren Akzeptanz für die Arbeit des „anderen“ erwies es sich in der Kooperation bei Krisen als sinnvoll, möglichst strukturierte Abläufe in den immer wieder gleich auftretenden Situationen zu etablieren, um mehr Zeit und Kapazitäten zu haben, auf das Kind einzugehen und individuell auf dessen Bedürfnisse reagieren zu können. Hierfür konnten im Rahmen des Projektes YNWA etliche Module etabliert werden, die sich im pädagogischen und klinischen Alltag als hilfreich erwiesen haben. Klar ist hierbei, dass für die Entwicklung und Verankerung Offenheit und Bereitschaft zur Kooperation bei den beteiligten Institutionen bestehen muss. Zudem muss Zeit außerhalb des Krisengeschehens investiert werden. Diese macht sich jedoch sowohl bei der Zufriedenheit der Helfer als auch bei der Wirksamkeit der Hilfen bemerkbar. Außerdem zahlen sie sich dadurch wieder aus, dass der Zeitaufwand während der einzelnen Krisen, der für organisatorische Dinge notwendig ist, reduziert wird.

Wichtig bei der Entwicklung eines gemeinsamen und kooperativen Krisen-Managements ist, dass Krisen trotz aller Pläne und Absprachen immer wieder auftreten werden und es somit nicht etwas Statisches sein kann, sondern im weiteren Verlauf immer wieder evaluiert, angepasst und weiterentwickelt werden sollte. Dies macht jedoch trotz aller Anstrengung meistens sehr viel Spaß und ermöglicht beiden Seiten, immer wieder voneinander zu lernen.

7.8 Literatur

Arieti, S., Caplan G. (1974): American handbook of psychiatry, 2nd edn, Basicbooks: New York.

Cullberg, J. (1978) Krisen und Krisentherapie. Psychiatrische Praxis 5: 25-34.

Fischer, L., Wiswede, G. (1997) Grundlagen der Sozialpsychologie. Oldenbourg Wissenschaftsverlag: München.Seiten 589-617.

Kunz, S., Scheuermann, U., Schürmann, I. (2004) Krisenintervention: Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung (Edition Sozial). Beltz Juventa: Weinheim.

Nützel, J., Schmid, M., Goldbeck, L., Fegert, J. (2005) Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern. Praxis der Kinderpsychologie und der Kinderpsychiatrie, 54: 627-644.

8. „You´ll never walk alone“: Praxisbeispiel des Klinikums Frankfurt (Oder)

Roland Burghardt und Silvia Günzel

8.1 Der Patient F. in der Klinik

F. kam im Sommer 2011 ins Kooperationsprojekt „You´ll never walk alone“, als er in die heilpädagogisch-therapeutische Einrichtung Kinderhäuser Oder-Neiße e.V. aufgenommen wurde. Zu diesem Zeitpunkt war er 9 Jahre alt. Die Aufnahme erfolgte auf Initiative der Mutter, die nach Absprache mit der damaligen ambulanten Psychotherapeutin einen entsprechenden Antrag beim Jugendamt stellte, da unter der bisherigen Therapie keine ausreichende Verhaltensverbesserung in der Schule und zu Hause erreicht werden konnte. Ein weiterer Verbleib in der Familie erschien zu diesem Zeitpunkt nicht möglich, ohne seine Entwicklung weiter zu gefährden. Bis dahin wohnte F. bei der Mutter, deren Lebenspartner und seinen zwei jüngeren Geschwistern.

Wie sich herausstellte, war F. schon seit 2007, d.h. seit seinem 5. Lebensjahr, in unserer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Frankfurt (Oder) bekannt. Aus der früheren Geschichte erfuhren wir damals, dass F. mit seiner relativ jungen Mutter sowie seinem ein Jahr jüngeren Bruder aufwuchs. Zum leiblichen Vater, mit dem die Mutter eine sehr konfliktreiche Beziehung führte, hatte F. aufgrund der Trennung seiner Eltern seit seiner frühen Kindheit keinen Kontakt mehr. Wenig später bekam F. mit dem neuen Lebenspartner der Mutter einen sozialen Vater. Dieser wurde von der eher gewährenden Mutter als deutlich aufbrausend, streng und strafend beschrieben, worunter die Kinder gelitten hätten.

In der Familiengeschichte der Mutter ließen sich keine psychiatrischen Störungen eruieren, jedoch sei sie als Jugendliche auf Trebe gewesen und später auch straffällig geworden. Über die Familie des Vaters hatte die Mutter keine Informationen, jedoch gab es deutlich Hinweise für eine Sozialverhaltensstörung (Gefängnisstrafe) des Vaters.

Nach Angaben der Mutter verlief die Säuglings- und Kleinkindphase von F. bis zum dritten Lebensjahr weitgehend unauffällig. Schon im ersten Lebensjahr besuchte er eine Integrationskita. Als eines der Regelkinder fiel er dort bei altersentsprechender motorischer und kognitiver Entwicklung aufgrund von Defiziten im sozioemotionalen Bereich zunehmend auf. Es fiel ihm schwer sich an vorgegebene Regeln und Grenzen zu halten. Sein Mittelpunktsstreben führte schon im Alter von drei

Jahren bei Frustrationen immer wieder zu heftigem bockig-trotzigem Verhalten und Beschimpfungen auch von Erziehern. Hinzu kamen sexualisiertes Verhalten, aggressive Äußerungen und Drohungen gegenüber Erziehern und Eltern. F. zeigte schon damals deutliche Defizite im Bereich Empathie und Externalisierungstendenzen. So freute er sich, wenn andere Personen sich verletzten und reagierte heftig und hektisch, wenn er beim Anstiften anderer Kinder erwischt wurde. Meist konnte er seinen Anteil an der Situation nicht erkennen oder leugnete ihn und gab anderen die Schuld für die Vorkommnisse. Schon hier zeichnete sich ein auf Beziehungsstörungen aufbauendes kompensatorisches grandioses Größenselbst (Kohut, 1976) ab, dem Selbstwertdefizite und Ich-Schwäche gegenüberstanden.

Wegen Artikulationsproblemen nahm er an einer Sprachförderung in der Kita teil. Die Mutter und ihr Lebenspartner ließen sich seit dieser Zeit aufgrund der anhaltenden Verhaltensprobleme wiederholt in einer Familienberatungsstelle beraten.

Die psychologische Diagnostik bei uns im Jahre 2007 ergab eine nur knapp durchschnittliche intellektuelle Gesamtbefähigung (K-ABC). Die durch die Mutter und die Kita ausgefüllten Fremdbeurteilungsfragebögen (CBCL, TRF, FBB-HKS) wiesen schon 2007 übereinstimmend auf deutlich externalisiernde Verhaltensprobleme (dissoziales und aggressives Verhalten, schizoid/zwanghafte Züge und ADHS Symptome) hin. In projektiven Verfahren bildeten sich übergreifend Selbstwertdefizite sowie Probleme mit den Eltern und aggressive Phantasien ab. Auf der Grundlage der Schilderungen der Mutter, des Kindergartens und unserer Diagnostik stellten wir schon damals die Diagnosen einer Aufmerksamkeitsstörung (ADHS), einer Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen sowie eines nichtorganischen Einnässens (primäre Enuresis). Wir führten regelmäßige Gespräche mit F. und seiner Familie durch und vermittelten eine Ergotherapie.

Anfang 2008 brach der Kontakt mit der Familie noch vor der Einschulung ab. Wie wir später erfuhren, befand sich F. aufgrund anhaltender Probleme im Sommer 2009 und 2010 jeweils für mehrere Wochen zur stationären Behandlung in einer benachbarten Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine ambulante Verhaltenstherapie war zu diesem Zeitpunkt bereits begonnen worden. Die erneute Diagnostik ergab eine Intelligenz im Durchschnittsbereich (HAWIK-IV) und bestätigte die ADHS. Einer medikamentösen Behandlung mit Methylphenidat stimmte die Mutter erst beim zweiten Aufenthalt zu. Zu den Empfehlungen gehörte unter anderem ein „Einzelfallhelfer“ für die Schule und die Fortführung der ambulanten Verhaltenstherapie. Diese konnte nach einem vorübergehenden Therapeutenwechsel und mit einer mehrmonatigen Pause in der ursprünglichen therapeutischen Beziehung bis zur Aufnahme in der jetzigen Einrichtung realisiert werden.

Die Psychotherapie wurde innerhalb der Einrichtung durch eine Psychologin fortgesetzt. Die Untersuchungen bestätigten die bisherigen Ergebnisse und wiesen auf eine zunehmende Verschlechterung der sozio-emotionalen Entwicklung hin, die auch vor dem Hintergrund von Belastungsfaktoren innerhalb der Familie gesehen wurde. Die Mutter gab hier das zum Teil auch abwertende und aggressive Verhalten ihres Lebenspartners als mögliche Ursache an.

Aufgrund seines besonders schweren externalisierenden Verhaltens, das zum Teil mit Gefährdung von Mitarbeitern der Einrichtung und anderen Jugendlichen einherging, wurde bis zur Installation eines zusätzlichen Einzelfallhelfers durch das Jugendamt ein weiterer psychologischer Mitarbeiter zur Einzelbetreuung gesucht.

Die Mutter von F. hatte regelmäßig Kontakt mit ihm und erhielt parallel zu den Gesprächen in der Einrichtung weiterhin Erziehungsberatung. In den unregelmäßig stattfindenden Gesprächen mit der Mutter in der Einrichtung wurden intrafamiliäre Belastungen auch von Seiten der Mutter deutlich. Das Verhältnis zwischen F. und seiner Mutter zeigte sich als geprägt von instabilen Reaktionen und Bindungen, die vermutlich in der Vergangenheit bei F. zu ungünstigen Objektbeziehungen und Objektrepräsentanzen (Kernberg, 1988) geführt haben.

Von der Grundschule, die F. zum damaligen Zeitpunkt mit dem Förderschwerpunkt sozial-emotional besuchte und in der eine zusätzliche „Einzelfallhelferin“ für F. (nach § 35a SGB VIII) installiert wurde, erfolgte wegen hier ebenfalls schwerwiegender Verhaltensprobleme die Suspendierung. Er konnte nach Aussagen der Lehrer nicht in einen Klassenverband integriert werden und bedrohte Mitschüler und Lehrer. Da für das Schulamt eine Umschulung in eine andere Förderschule nicht vorstellbar war, bekam F. zunächst Einzelunterricht im Umfang von 4 Wochenstunden in der Einrichtung.

Im September berichtete uns die Einrichtung in den regelmäßig im Rahmen des Modellprojektes stattfindenden Besprechungen, dass die bisher installierten Hilfen nicht zum erwünschten Erfolg geführt hatten. Die Auffälligkeiten im Sozial- und Leistungsverhalten, im Umgang mit Gleichaltrigen, Erwachsenen und mit Tieren hatten sich sogar eher noch verstärkt.

Im Oktober 2011 fand auf Initiative der Einrichtung eine erste große Fallsupervision mit allen Projektbeteiligten (Einrichtung, Jugendamt und Klinik) sowie der Schule, der ambulanten Therapeutin und der Mutter vor Ort statt. Zum damaligen Zeitpunkt war sich die Einrichtung aufgrund der massiven Symptome im Bereich Sozialverhalten, die zu einer deutlichen Verunsicherung auch im Betreuerteam geführt hatten, nicht sicher, ob F. in der Einrichtung gehalten werden konnte. Die Einrichtung berichtete über Lügen, Diebstähle, Zündeln, Planung von Flucht, nächtliches Verlassen der Einrichtung, verbale und körperliche Androhung von Gewalt sowie Tierquälerei. In

diesem Gespräch wurden wir als Klinik gebeten, F. zur Krisenintervention stationär aufzunehmen. In dieser sowie folgenden Fallsupervisionen durch eine Mitarbeiterin unserer Klinik wurden neben Strategien im Umgang mit F.s Verhalten auch die Möglichkeiten einer stationären kinderpsychiatrischen Behandlung besprochen. Dabei wurden die inhaltlichen und rechtlichen Grenzen der Einrichtung deutlich, die aus Sicht der Einrichtung zur Einstufung der Situation als Krise führten. Da es sich dabei aber nicht um Selbst- und Fremdgefährdung im engeren Sinne handelte, wurde eine geplante zeitnahe stationäre Aufnahme zur therapeutischen Kurzintervention vereinbart.

Diese fand im November 2011 für die Dauer von zwei Wochen im Klinikum Frankfurt (Oder) statt. Im Aufnahmegespräch berichtet F. vergleichsweise reflektiert über sein Verhalten. Er gab an zu wissen, wie man sich richtig verhalte. Er könne oder wolle es aber nicht immer durchhalten. Er sei auch manchmal absichtlich böse. Wenn er andere Kinder ärgere oder zu „bösen“ Sachen anstifte, mache er es, damit die Anderen als böse und er selbst als „lieb“ gesehen wird (Spaltung in „Gut“ und „Böse“). Anfangs war er sogar etwas schüchtern, angespannt und unsicher. Neben den Problemen im Sozialbereich wurden die Kardinalsymptome einer ADHS sowie Schlafstörungen und ein gebessertes aber weiterhin bestehendes Einnässen deutlich.

Während des stationären Aufenthaltes war F. sozial eher angepasst und traurig. Er zog sich häufig zurück und sprach wenig, insbesondere über emotionale Themen. Auf prompte pädagogische Interventionen bei eher leichten Regelverstößen reagierte er angemessen und zeigte keine größeren Impulsdurchbrüche. Schlafstörungen oder Einnässen traten in dieser Zeit nicht auf. In den therapeutischen Gesprächen wurden Defizite im emotionalen Bereich deutlich. Er dachte viel über die Trennung von seiner Familie nach, wobei Selbstwertdefizite, ein negatives Selbstbild und eine deutliche Ich-Schwäche erkennbar wurden. Auf Verhaltensreflexion, die mit Kritik verbunden war, reagierte er weiterhin mit Abwehr im Sinne scheinbarer Gleichgültigkeit (Verdrängung, Affektabwehr), Zurückweisung (Verleugnung) oder Externalisierung (Projektion) (Mentzos, 2000). Diese Abwehrmechanismen ließen auf ein niedriges Strukturniveau schließen (Kohut, 1981).

Die Klinikschule besuchte er in Kleingruppen mit maximal 4 Schülern ohne wesentliche Probleme. Wir konnten die bisherigen Diagnosen ADHS, Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen sowie Enuresis in Remission vor dem Hintergrund zahlreicher psychosozialer Belastungsfaktoren bestätigen und führten die Behandlung mit Methylphenidat in retardierter Form fort.

Gegen Ende des Aufenthaltes fand ein gemeinsames Gespräch mit Mitarbeitern der Einrichtung, unserer Projektmitarbeiterin und dem Jugendamt statt. Ziele waren

der Transfer der stationären Ergebnisse, die Verbesserung der Kommunikation und Koordination sowie die Planung der Beschulung. Wir empfahlen die Fortsetzung der Psychotherapie mit eklektischem Ansatz. Diese sollte auch zur Vermeidung von stationären Kriseninterventionen und damit zu Festigung von F.s Vertrauen in die Einrichtung und des Gefühls der Selbstwirksamkeit (Ich-Stärke) beitragen. Wir besprachen ein einfaches, klares und transparentes pädagogisches Konzept mit verhaltenstherapeutischen Elementen (Verstärkersystem, z.B. Tokeneconomy) und der Möglichkeit von Time-out Zeiten bei Impuls- und Affektdurchbrüchen. Die Beschulung in Kleinstklassen (4 bis 6 Schüler) sollte angestrebt werden.

Mit der Entlassung in die Einrichtung konnte von Seiten der Einrichtung eine Einzelbetreuung durch einen zusätzlichen Psychologen sichergestellt werden. Dieser wurde bis zur Kostenübernahme durch das Jugendamt von der Einrichtung bezahlt. Bis zur begleiteten Reintegration in die Schule im Januar 2012 wurde F. durch Mitarbeiter der Einrichtung zu selbstständigem Lernen (Hausaufgaben) angeleitet. Begleitend wurde F. regelmäßig in der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) unserer Klinik gesehen und kinderpsychiatrisch (medikamentös) behandelt.

F.s Verhalten ist inzwischen in einigen Bereichen deutlich gebessert. So kam es nicht mehr zu nächtlichen Störungen, Diebstählen oder Zündeln. Provokantes Verhalten insbesondere anderen Kindern und Jugendlichen gegenüber hielt aber zunächst an und führte zu einer weiteren großen Fallsupervision im Februar 2012, an der neben den Projektbeteiligten auch die Schule und die Mutter teilnahmen. Die insgesamt eher gebesserte Situation führten die Beteiligten auch auf „Sonderregelungen“ im Sinne individualisierter Tagesstrukturen und Regeln für F. zurück, die von Seiten der Einrichtungsmitarbeiter zunächst mit gemischten Gefühlen aufgenommen und unterschiedlich bewertet wurden. Hier erwiesen sich die regelmäßigen Fallsupervisionen als sehr hilfreich. Durch wiederholte Reflexion mit der Mitarbeiterin unserer Klinik konnten im Team mit der Zeit individuelle Sichtweisen und ein besseres Verständnis für F.s Verhalten sowie eine gemeinsame Haltung und ein spezifisches pädagogisches Vorgehen erarbeitet werden. Es gelang der Einrichtung zunehmend, sich auf F.s Bedürfnisse besser einzustellen und zu zeigen, dass sich das System Einrichtung ohne Verlassen von pädagogisch-therapeutischen Konzepten und Grenzen zum Wohle des Kindes auf dessen besonders schwieriges Verhalten einstellen konnte. Dadurch konnte F. in der Einrichtung gehalten werden, was ihm wiederum die nötige Sicherheit, Halt und Vertrauen in der Beziehungsgestaltung gab. Erneute Beziehungsabbrüche, die sich vermutlich negativ auf seine psychische Entwicklung ausgewirkt hätten, konnten so vermieden werden.

Durch die intensive Arbeit im Team unter Zuhilfenahme fachübergreifender Expertise, die durch das Modellprojekt ermöglicht wurde, konnten Wege und Möglichkeiten

eröffnet werden, die die Zusammenarbeit zwischen Einrichtung, Jugendamt und unserer Klinik effizienter gemacht und harmonisiert haben. Perspektivisch können und sollen diese Erfahrungen auch als Beispiel für andere Fälle dienen und damit zur weiteren Professionalisierung der beteiligten Institutionen im Umgang mit besonders schwierigen Kindern und Jugendlichen beitragen. Damit dient das Projekt letztendlich der psychischen Entwicklung und der seelischen Gesundheit dieser und weiterer gefährdeter junger Menschen.

8.2 Literatur

Kernberg, O.F. (1988). Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie. BeltzPVU.

Kohut, H. (1976). Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen. Suhrkamp Verlag.

Kohut, H. (1981). Die Heilung des Selbst. Suhrkamp Verlag.

Mentzos, S. (2000): Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer Taschenbuch Verlag.

9. Das Universum im Eimer – Praxisbeispiel aus der Region Brandenburg (Havel)

Doris Hoffmann

9.1 Ein Fallbeispiel: R.

Der erste Kontakt zu R. fand in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Neuruppin im November 2010 statt. Dort wurde R. seit drei Monaten behandelt. Die Diagnose der Klinik lautete: Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung, Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens. Seine Intelligenz befinde sich im Normalbereich. Hingewiesen wurde auf eine frühe Bindungsstörung mit Deprivation und Traumatisierung bei Verdacht auf Mangelversorgung und sozio-emotionaler Vernachlässigung in den ersten Lebensjahren. R. wurde medikamentös versorgt und mit ihm wurde an seinem Verhalten gearbeitet. R. wurde schließlich nach intensiven Überlegungen im Team im Alter von 7 Jahren, im November 2010, in eine Außenstelle des GFB Kinder- und Jugendheims „Heinrich Zille“ aufgenommen. Er bekam einen erfahrenen männlichen Bezugserzieher, der für alle seine Belange hauptverantwortlich war.

9.2 Erstes Kennenlernen

R. begegnete uns als für sein Alter großer, schlanker, muskulöser Blondschopf mit Locken, der durch sein ansprechendes Äußeres die Erzieher/-innen gleich für sich einnehmen konnte. Sie fanden ihn „süß“, eine wollte ihn am liebsten „mit nach Hause nehmen“, berichtete sie später. Andere Erzieher blieben aufgrund der Vorinformationen eher abwartend und zurückhaltend. Direkt im Anschluss an den Psychiatrieaufenthalt zog R. in die für ihn fremde Umgebung nach Brandenburg, südlich von Berlin in eine Wohngruppe für Kinder und Jugendliche mit erheblichen Auffälligkeiten und delinquentem Verhalten. In der vorherigen Einrichtung sei er nicht mehr tragbar gewesen. Nun kam er als Jüngster zu den sechs anderen Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 7 bis 15 Jahren, zwei Mädchen und fünf Jungen. Der Teamleiter war Lerntherapeut, es gab 4 Erzieher und zwei Arbeitstherapeuten. Außerdem lebte dort eine Katze. Zwei kinderfreundliche Hunde der Erzieher waren auch tagsüber auf dem Hof.

Anfangs blieb ihm nichts anderes übrig, als sich auf die neue Situation einzustellen. Er kannte in unserer Einrichtung niemanden, weder Kinder noch Erwachsene. Es gab niemanden, der ihn besuchte. Selbst sein Vormund, der ihn längere Zeit

kannte und den er sehr gern mochte, wurde ausgetauscht. Er schien wie von seinem bisherigen Leben abgeschnitten zu sein.

Aber er hatte ein Fotoalbum bei sich, das er sehr gerne anschaute. Zu den Dingen, die er ebenfalls sehr gerne tat, gehörte das Sammeln von kleinen Tieren in einem Eimer. Damit konnte er sich lange beschäftigen, er schien sich liebevoll den Krabbeltieren zu widmen. Er beobachtete sie, sie waren – so haben wir es verstanden – berechenbarer als Menschen und so konnte er zunächst deren Miteinander studieren – vielleicht als Vorbereitung zum Umgang mit uns höheren Lebewesen. Eine Symbolisierung also. Um am Zusammenleben mit Erwachsenen und Kindern zufrieden teilhaben zu können, dazu fehlten R. offenbar noch Verhaltensmuster und auch Vorbilder. Den Krabbeltieren im Eimer gegenüber war er in einer außerordentlich mächtigen Position, die er absolut kontrollieren konnte. Das war für ihn, der so viele unberechenbare Umstände in seinem Leben zu bewältigen hatte, eine sehr wichtige Position. Außerdem schaute er gern und am liebsten viel Fernsehen, spielte gern und viel Playstation. R. war kontaktfreudig, auf seine Art. Auffällig war seine Gier nach Essbarem. Besonders Kaugummis, aber auch jede andere Art von Süßigkeiten mochte er gern in großen Mengen im Mund haben. Anfänglich waren die Essgewohnheiten deshalb für die anderen Mitbewohner schwer erträglich, denn R. liebte es, den anderen Kindern seinen fabrizierten Speisebrei mit offenem Mund zu präsentieren. Das Abgeben fiel ihm schwer. Und es fiel auf, dass er sehr bestimmend war, auch im Spiel genaue Verhaltensvorgaben machte, viel kommentierte und fast keine Toleranz für die anderen Kinder mit ihren Spielideen aufbringen konnte. Er liebte es, „gekitzelt“ zu werden. Daraus entwickelte sich ein „Gute Nacht“- Ritual mit seinem Bezugserzieher. Das „Kitzeln“ forderte R. ein und wünschte es so kräftig, dass der Erzieher das Gefühl bekam, fast schon zu kneifen.

9.3 Vorgeschichte

Die Vorinformationen des Jugendamts ließen darauf schließen, dass wir einen Jungen erwarten konnten, der durch viele Umstände heimatlos geworden war. Und klar war, dass die Erziehungsaufgabe nicht leicht sein würde. Eine Integration würde sehr viel Verständnis, Kenntnis und einen hohen Einsatz der Erzieher, sowie der Unterstützung durch professionelle Hilfe bedürfen, wenn sie gelingen sollte. In Erwartung durch das für 2011 geplante Projekt „You`ll never walk alone“ mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Brandenburg erhofften wir tatkräftige Unterstützung zu bekommen.

R. wurde im Alter von 9 Monaten von seiner Mutter getrennt. Über die näheren Umstände war nichts bekannt. Über den Vater konnten wir ebenfalls nichts in Erfahrung bringen. Die Mutter soll ausgewandert sein. R. habe zwei Geschwister, eine äl-

tere, geistig behinderte Schwester, die von Beginn an in eine für sie passende Pflegefamilie gekommen sei. Dort habe sie bis vor einem Jahr gelebt, bis auch sie in einer Einrichtung Brandenburgs untergebracht worden sei.

Mit der drei Jahre alten Schwester habe R. bis zum 3. Lebensjahr bei einer Pflegefamilie gelebt. Dann habe es für beide Kinder einen Wechsel zur nächsten Pflegefamilie, die noch zwei eigene Kinder gehabt habe, gegeben. R. „drehte am Rad“. Je älter er wurde, desto „schwieriger“ und sozial unverträglicher sei sein Verhalten geworden. Er habe unermüdlich Aufmerksamkeit eingefordert. Es sei immer häufiger zu aggressiven Impulsdurchbrüchen innerhalb der Familie gekommen, dabei habe er seine Schwester des Öfteren heftig verbal und auch körperlich attackiert, bald auch die anderen Kinder und erwachsenen Familienmitglieder. Schließlich sei die gesamte Familie psychisch so belastet gewesen, dass R. zum ersten Mal in Neuruppin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt worden sei. 2008 habe es dort den nächsten Klinikaufenthalt gegeben und danach habe es kein Zurück zur Pflegefamilie gegeben. R. sei in eine kleine Wohngemeinschaft mit 4 Kindern und 4 Erziehern gekommen. Die aggressiven Gewaltdurchbrüche mit starken verbalen Attacken, Schlägen und Tritten gegen die Kinder, Erzieher und das Mobiliar seien dort auch bald nicht mehr tragbar gewesen. Es sei erneut ein Klinikaufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig geworden. Danach habe R. mehrere Monate in einer heilpädagogischen Wohngemeinschaft in Lübben gewohnt. Auch dort habe er keine Heimat finden können. 2010 wurde er erneut für drei Monate in die Neuruppiner Kliniken gebracht und schließlich in unsere Einrichtung. Er erhielt einmal wöchentlich Ergotherapie, aufgrund einer ausgeprägten SI Störung, und einmal wöchentlich Spieltherapie (tiefenpsychologisch orientiert) im Kinder- und Jugendheim „Heinrich Zille“ in Siethen.

9.4 Zur vorliegenden Psychodynamik

Am Beispiel des Essverhaltens wird deutlich, wie R. den realen Verlust der Eltern und Pflegeeltern zu kompensieren versuchte, nämlich durch ein In-Sich-Hineinnehmen des Objekts (z.B. 10 Kaugummis auf einmal kauen). Auch der Heißhunger auf Süßes und seine Maßlosigkeit sind so einzuordnen. Äußerlich zeigt sich der Bewältigungsversuch seiner vorliegenden Depression (bzw. der Trauer über die verloren gegangenen Eltern) darin, dass er sich an die zur Verfügung stehenden Personen anklammert und die ihm nahestehenden Personen ganz für sich vereinnahmen will. Das verschafft ihm zunächst Erleichterung und Milderung seiner Depression. Gleichzeitig wehren sich die Bezugspersonen auf Dauer gegen eine Vereinnahmung, wie es auch die Kinder und Jugendlichen tun. Dadurch entsteht bei R. eine erneute Frustration, die wiederum die Depression verstärkt.

Ein Teufelskreislauf entsteht. R. versucht, die Frustrationsaggression zu unterdrücken und das führt zu immer stärker werdenden Aggressionen. Hinzu kommt die Angst, dass er nun das lebenswichtige Umfeld, die anderen Kinder und Erzieher wieder verlieren könnte. Mit jedem Schritt auf die Anderen zu, wächst so seine Angst vor Abhängigkeit und seine Angst, auch diese Personen wieder zu verlieren. Das löst erneute Aggressionsschübe aus. Hinzu kommt R`s grundsätzliches Minderwertigkeitsgefühl, das er allen Kindern der Einrichtung gegenüber hat, die Eltern haben. Sie können jedes zweite Wochenende nach Hause fahren, er nicht.

9.5 Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Asklepios Fachklinikum Brandenburg durch das Projekt "You'll never walk alone"

Im Frühjahr 2011 begann die Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Brandenburg (Havel) und unserer Einrichtung im Rahmen des Projektes. R. wurde bereits als eines der ersten Kinder in der Sprechstunde vorgestellt und wir konnten die Zusammenarbeit so gestalten, dass die Klinik im Juni zwei Fallbesprechungen im Team vor Ort führte. Sie lernte die Einrichtung und die Mitarbeiter kennen und unterstützte sie tatkräftig bei ihrem Vorhaben, R. in die Gruppe zu integrieren.

Zunächst wurde ein Krisenplan erstellt und ein langfristiges Konzept zum Umgang mit R. entwickelt. Außerdem wurde ein Verstärkerprogramm (Token) eingesetzt, mit dem die Erzieher/-innen arbeiten konnten. Sie lernten außerdem den Einsatz eines Selbstbeobachtungsbogens und eines Wutthermometers kennen, als methodische Möglichkeiten, R. eine bessere Selbststeuerung zu ermöglichen und um eine Integration seiner Affekte einzuleiten. Außerdem wurde angeregt, dass R. über seine Situation in Form von einer „Ich will nicht mehr streiten-Olympiade“ mit den Mitarbeitern und Kindern ins Gespräch kommt. Die Anregungen waren sehr praxisnah und konnten vom Team deshalb auch gut angenommen und umgesetzt werden.

Bedeutsam war in der Fallbesprechung für die Erzieher/-innen, R. wieder positiv sehen zu können und den eigenen Ohnmachtsgefühlen durch das „Handwerkszeug“ Einhalt gebieten zu können. Die Erwartungshaltung R. gegenüber wurde Gesprächsthema wie auch der Umgang mit Rückschritten.

In der zweiten gemeinsamen Teamsitzung mit der Klinik gingen wir u.a. der Frage nach, wie der kleine R. mit den vorgegebenen schwierigen Rahmenbedingungen seines Lebens bislang fertig wurde und wie sich seine Psyche selbst organisiert hatte. Aus der Sicht der Bindungstheorie hat das Bedürfnis nach Bindung höchste Priorität. Nach Grawe ist die hierarchisch höchste innerpsychische Systemanforderung die nach Konsistenz und Vermeidung inkongruenter Wahrnehmungen.

R. hat erfahren, dass seine ihm im Alter von 0-3 Jahren zur Verfügung stehenden natürlichen Möglichkeiten zur Bindungssicherung, nämlich Schreien und Sich-Anklammern, die Trennung von der Mutter nicht verhindern konnten. Er wurde verlassen und machte die Erfahrung, dass seine Bedürfnisse nicht erhört wurden. Durch noch kräftigeres Schreien, Wüten und schließlich Zerstören von Einrichtungsgegenständen brachte er vermutlich seine Frustration, Wut und Trauer, sowie seine Not und Ohnmacht zum Ausdruck. Auf diese Weise versuchte er, allerdings weiterhin erfolglos, neue interpersonelle Schemata zu entwickeln; das passierte natürlich nicht willentlich oder geplant. Dennoch hinterließen diese Verhaltensweisen auch neuronale Spuren und wurden langsam zu einem stabilen Schema. Sein Anpassungsmodus an die äußeren Bedingungen verlief immer frustrierender und auch selbstschädigender. Inzwischen ist R. jedoch nicht nur passives Opfer der Umstände geblieben, sondern er entwickelte auch ein Schema, das geeignet ist, seine Umwelt aktiv zu beeinflussen und wirksam Bedingungen herzustellen, um die wesentlichen Grundbedürfnisse, so gut es irgendwie geht, zu befriedigen. Dringend braucht er Anschauungen und neue Muster und Möglichkeiten, die er in seine „karge, innere Landschaft“ einfügen und individuell ausgestalten kann.

Die Klinik entwickelte deshalb gemeinsam mit dem Team die Idee, R. eine weibliche Person an die Seite zu geben, die ihm durch eine enge Begleitung, besonders in Krisensituationen, als neues Modell zum Umgang mit Aggressionen dienen kann. Diese Person sollte keinen Erzieher ersetzen, der bei den täglichen Anforderungen des Tagesablaufs gestaltend und unterstützend wirkt, und sie sollte auch keine Psychotherapie ersetzen. Ein entsprechender Antrag wurde beim Jugendamt gestellt und ihm wurde auch stattgegeben, sodass für R. eine Kinderpflegerin mit 20 Wochenstunden eingestellt werden konnte, die auch stundenweise eine schulische Unterstützung einschloss.

Durch diese weibliche Begleitperson bekam R. die Möglichkeit, in alltäglichen Situationen mit anderen Kindern (Mitbewohnern in der Einrichtung und Klassenkameraden) einen friedlicheren Umgang einzuüben. Dazu muss er es wagen, mehr mit sich geschehen zu lassen, nicht immer den kontrollierenden Part zu übernehmen, sondern sich auch mal ablenken, oder sich durch Trösten beruhigen zu lassen. Mit ihr kann er gleichzeitig das Erleben nachholen, jemanden als zuverlässig an seiner Seite zu wissen, die ihn als gesamte Person annimmt, wie er ist und ihn auch akzeptiert und ihm wieder die Hand reicht, wenn er sehr impulsiv war. Oder es wird durch die Begleitung möglich, bereits im Vorfeld einen Impulsdurchbruch zu verhindern, indem sie beobachtet, wie sich Aggressionen langsam aufbauen und sie ihn auf mögliche andere Verhaltensweisen aufmerksam machen kann. Humor könnte eine Möglichkeit sein, mit Situationen umzugehen.

Durch seine starke Abwehr von Nähe ist es vonnöten, diese Nähe zu einer Bezugsperson erstmals überhaupt wieder zuzulassen. Erst mit dieser Erfahrung als Basis ist an eine Verhaltensänderung überhaupt zu denken, die nicht nur geübt wird, sondern mit einer inneren Strukturveränderung einhergeht und daher auch nachhaltig in seiner Persönlichkeit verankert werden kann. Der Prozess wurde begonnen, wobei natürlich nicht nur Fortschritte, sondern auch ein Auf-der-Stelle-Treten oder Rückschritte zu erwarten sind und neue Probleme.

9.6 Krisenbewältigung

Tatsächlich kam es zu einer Krise, die sich langsam aufgebaut hatte. R. war es gelungen, durch den Einsatz des Teams und speziell des Lerntherapeuten, eine Schule zu besuchen. Anfangs erzielte er Erfolge, die ihn aufbauten und sein Selbst stärkten. Nach und nach jedoch gestaltete sich die Beziehung zur Lehrerin zunehmend konfliktträchtig, weil R. noch nicht zuverlässig den schulischen Anforderungen gerecht werden konnte. Es kam zu massiven Impulsdurchbrüchen, die dann auch in der Gruppensituation stärker wurden und schließlich eskalierten. Hinzu kam ein Wechsel der Mitbewohner/-innen seiner Einrichtung. Insgesamt 3 Kinder/Jugendliche verließen die Einrichtung, neue kamen hinzu. Die Gruppe verjüngte sich. Ein Mitbewohner war jetzt sogar jünger als R. Zunächst konnte er in ihm einen neuen Spielkameraden sehen, aber nach einer Anfangszeit wurden dem kleineren Jungen die Heftigkeit der Machtansprüche von R. im Spiel zu viel und er zog sich zurück. Das taten die anderen Kinder auch mehr und mehr. Dem Druck war R. dann irgendwann nicht mehr gewachsen.

Durch die Kooperation mit der Klinik wurde eine schnelle stationäre Aufnahme möglich. Zwei Wochen im November 2011 befand sich R. dort in kinderpsychiatrischer Behandlung. In einem Abschlussgespräch mit der behandelnden Psychologin, dem neuen Vormund, dem Teamleiter und der Autorin wurden verschiedene Möglichkeiten der weiteren Behandlung ausführlich diskutiert. Schließlich entschieden wir uns aufgrund der vorliegenden schweren Bindungsstörung nicht für einen erneuten, längeren Aufenthalt in der Psychiatrie. Wir hielten es für wichtig, R. deutlich zu machen, dass das Erzieherteam auch einen Rückfall aushält. Er sollte nicht das Gefühl bekommen, unsere Einrichtung verlassen zu müssen, wie er es wiederholt erlebt hatte. Wir befürchteten eine erneute Retraumatisierung und kamen überein, R. tagesklinisch in der Nähe der Einrichtung weiterbehandeln zu lassen. Vom Januar bis zum März 2012 befand sich R. in einer Tagesklinik, konnte langsam Fortschritte machen im Erlernen des Umgangs mit seinen heftigen Impulsdurchbrüchen. Deutlich entspannter und aufgeschlossener konnte er die Behandlung beenden. Die medikamen-

töse Einstellung ist weiterhin nötig. Mit der Begleitungsperson an seiner Seite konnte er wieder in die Schule gehen. Nach den Ferien wird es einen Lehrerwechsel geben.

Dank der gelungenen Krisenbewältigung konnte ein weiterer Einrichtungswechsel verhindert werden. In diesem Herbst lebt er seit 2 Jahren in unserer Einrichtung und konnte inzwischen Kontakt zu seiner älteren Schwester aufnehmen. Der engagierten Vormünderin ist es gelungen, die Mutter im Ausland ausfindig zu machen. R. erhielt bereits einen Brief und eine Mail von ihr. Seine „innere Landschaft“ erhält dadurch sicherlich stärkere Konturen.

10. You´ll never walk alone – Erfahrungen eines Kooperationspartners der Jugendhilfe

Marie Dulle

In diesem Beitrag werden die Praxiserfahrungen der Einrichtung „Heimverbund in der Märkischen Schweiz“ im Kooperationsprojekt „You will never walk alone“ dargestellt und er ist, wie nachzulesen sein wird, ein Plädoyer *für* verbindliche Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrien. Hierzu werden vorab die Bedingungen der Praxis stationärer Erziehungshilfen, die Mitarbeitenden und, unabdingbar, die Lebenslagen junger Menschen als Beteiligte in den Blick genommen um die Notwendigkeit interdiziplinärer Zusammenarbeit zu begründen.

10.1 Ein Blick auf ein System – die Bedeutung von Beziehung und Zeit im Kontext von Heimerziehung

Heimerziehung gilt heute oftmals als „ultima ratio“ in den Erziehungshilfen[5]. „Eine Heimerziehung folgt in der Regel (90%) auf schon zuvor in Anspruch genommene erzieherische Hilfen. Dabei stehen Heimerziehung (in einer anderen Einrichtung) (32%), stationäre Psychiatrie (23%), Sozialpädagogische Familienhilfe (19%), Inobhutnahme (14%), Erziehungsberatung (15%) und Tagesgruppe (14%) im Vordergrund. Dieser Befund ist bedenklich, da die Misserfolgswahrscheinlichkeit einer Hilfe zur Erziehung mit der Anzahl und der Intensität der bereits zuvor in Anspruch genommenen Hilfen steigt. Ebenfalls bedenklich ist der seit 2001 zu verzeichnende Trend, Heimerziehung erst nach extrem vielen und/oder hochschwelligen Hilfen zu gewähren.“ (Macsenaere & Schemenau, 2008, S.26) Fremdunterbringung findet demnach häufig zu einem Zeitpunkt statt, an dem Kinder und Jugendliche bereits subjektiv empfundenes Scheitern in anderen Hilfeformen bzw. Institutionen erlebt haben, ihre negativen Erfahrungen mit dem Hilfesystem sich verfestigt haben und sie Beziehungsabbrüche hinnehmen mussten. „Wer würde abstreiten, dass in einem Bereich, in dem es um so elementares zwischenmenschliches, personales Handeln wie „Erziehung“ (Hervorhebung im Original) geht, „Persönliches“ (oder „Persönlichkeit“) und Beziehungen wichtig sind. Unterstrichen wird dies durch Erfahrungsberichte der Heimerziehung. Herbert Colla resümiert diese Erfahrungen, wenn er schreibt: „Junge Menschen, die sich in ihrer Biographie mit den Angeboten der Jugendhilfe auseinandergesetzt haben berichten (…) überwiegend von intersubjektiven Beziehungen, die

[5] Einige Ausführungen basieren auf dem Beitrag der Verfasserin „Von den Herausforderungen des Könnens und Wollens“ in „Pädagogische Kunst und professionelle Haltungen“, IGFH 2011, teilweise wurden sie fortentwickelt, teilweise übernommen.

für sie stets mehr als bloße Zweck-Mittel-Relationen waren, thematisieren die Bedeutung von gelebter und erfahrener pädagogischer Beziehung als Besonderheit von sozialen Beziehungen, sprechen über gelungene oder gescheiterte personenbezogene pädagogische Anerkennungsverhältnisse, die immer mehr sind als bloß verbal vermitteltes Normen- und Handlungswissen (Peters, 2011)“. Vor dem Hintergrund, dass in den letzten Jahren Soziale Arbeit im Allgemeinen und die stationäre Hilfe zur Erziehung im Besonderen von starkem Kostendruck betroffen sind, haben sich beispielsweise Unterbringungszeiträume verkürzt; analog dazu ist der Druck auf die Mitarbeiter/-innen gestiegen, in immer kürzerer Zeit ihre Arbeit zu verrichten. Die notwendige Kontinuität und Zeit für Beziehungsaufbau und –pflege scheint nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung zu stehen. Doch gerade die Ressource Zeit wird dringend benötigt, um gelingende und entwicklungsfördernde Bedingungen für belastete jungen Menschen zu schaffen und wirkende und heilende Beziehungen entstehen lassen zu können. (Hier sei auf die Jule-Studie verwiesen, die zu dem Ergebnis kommt, dass 61,1% der stationären Erziehungshilfen von unter einem Jahr eher negative Entwicklungen aufzeigen, während 77,6% der stationären Hilfen von über einem Jahr deutlich positivere Entwicklungen der jungen Menschen ermöglichen (Jule, 1998; BMFSFJ, 1998) Denn, aus der Perspektive von jungen Menschen, wie sollen sie denn einer stationären Einrichtung und ihren Mitarbeitenden entgegentreten, wie sollen sie denn das Beziehungsangebot bewerten und in ihr Leben integrieren und nutzen, wenn die Heimerziehung an letzter Stelle steht und dann genutzt wird, wenn alles andere nicht geholfen hat? Die Entscheidung über eine stationäre Unterbringung sollte ein konsensuales Ergebnis aller Beteiligten in einem transparenten und sinnvoll geplanten Hilfeplanprozess entsprechend der Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien sein. Eine Unterbringung an einem anderen Ort, außerhalb der Herkunftsfamilie, als ultima ratio in einem Prozess, der durch subjektive Versagensempfindungen und Beziehungsabbrüche geprägt ist, ist ein gravierender biographischer Einschnitt im Leben junger Menschen, der Gefühle von Unsicherheit, Angst und Ohnmacht auslöst und das Vertrauen in Erwachsene und die Beziehungen zu ihnen zutiefst erschüttert. Kommen Kinder und Jugendliche unter diesen Bedingungen in eine Einrichtung, haben sie bis dato Symptome als Reaktion auf ihre Lebensbedingungen entwickelt, so dass sie als „die Schwierigen“ im Einrichtungs- und Erziehungskontext identifiziert werden. Es sind die Kinder/Jugendlichen, die

- sich auf die sozialpädagogischen Fachkräfte nicht einlassen, Beziehungen verweigern oder nicht aushalten können
- nicht an diesem Ort leben wollen oder können und immer wieder weggehen
- die Regeln der Wohngruppe nicht akzeptieren

- aggressiv agieren und gewaltbereit sind
- Suchtmittel konsumieren
- Schule verweigern
- sich selbst und/oder andere in Gefahr bringen.

Es sind also Kinder und Jugendliche, die Schwierigkeiten hatten und haben und die den Erwachsenen Schwierigkeiten durch ihr Verhalten bereiten. Mit anderen Worten: Es sind Kinder und Jugendliche, die sozialpädagogische Fachkräfte in den Einrichtungen an die Grenzen fachlichen Handelns bringen. Dies fordert ein genaueres Hinsehen auf das Aufwachsen der jungen Menschen: Was erleben und erfahren sie, welche Bedingungen führen dazu, dass sie und ihre Familien überhaupt Hilfe zur Erziehung in Anspruch nehmen müssen? Und vor allem: Wie geht es den jungen Menschen, wenn sie in der stationären Erziehung ankommen?

10.2 Ein Blick auf die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen

Gesellschaftliche Veränderungen und die Individualisierung von Lebenslagen erhöhen die psychosozialen Probleme der Menschen und erschweren eine proaktive Lebensbewältigung. In Bezug auf Kinder und Jugendliche ist hier die wachsende Kinderarmut als eine solche Bedingung zu benennen: Dem Deutschen Kinderhilfswerk (2007) zufolge sind 14% der Kinder in Deutschland arm. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass es bei etwa 10-20% der Schüler/-innen in Deutschland zur Schulverweigerung kommt (Neurologen und Psychiater im Netz, 2009); nach Schätzungen von UNICEF leben in Deutschland „ca. 200.000 Kinder in vernachlässigtem Zustand bzw. sind Misshandlungen ausgesetzt…“ (Seithe, 2012, S. 71ff) Hier sind nur exemplarisch einige Problemlagen benannt und sie könnten noch um viele erweitert werden. Deutlich wird aber schon hier, dass Aufwachsen unter diesen Bedingungen riskante und belastende Folgen für die Kinder haben (kann), die eine gesellschaftliche Teilhabe und ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben hochgradig gefährden. In Bezug auf ein gesundes Aufwachsen gehören Kinder, die unter diesen Bedingungen aufwachsen, einer Hochrisikogruppe an. Die BELLA-Studie, ein Modul des deutschen Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS), befragte in einer repräsentativen Studie Familien mit Kindern und untersuchte Risikofaktoren für das Auftreten psychischer Auffälligkeiten: „Als spezifische Auffälligkeiten treten Ängste, Störungen des Sozialverhaltens und Depressionen der Kinder und Jugendlichen auf. Unter den untersuchten Risikofaktoren erweisen sich vor allem ein ungünstiges Familienklima sowie ein niedriger sozioökonomischer Status als bedeutsam“ (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, & Erhart, 2007). Ausgehend davon, dass Familien in prekären Lebenssi-

tuationen häufiger als andere Hilfe zur Erziehung in Anspruch nehmen, kann davon ausgegangen werden, dass junge Menschen in der stationären Erziehungshilfe dieser Risikogruppe angehören. Diese Annahme wird durch eine Studie von Mark Schmid zur psychischen Gesundheit von Heimkindern untermauert: „Heimerziehung stellt als sehr kostenintensive Maßnahme in jeder westlichen Gesellschaft den Endpunkt des Jugendhilfesystems dar, in welcher sich die Kinder und Jugendlichen mit der stärksten psychosozialen Belastung und dem größten Hilfebedarf versammeln. Die in dieser Arbeit mit einer standardisierten Diagnostik festgestellte Punktprävalenz von 60% kann daher als Referenzwert für die Situation in Deutschland verwendet werden“ (Schmid, 2007, S.135ff). Schmid konstatiert eine viermal höhere Prävalenz von psychischen Störungen bei Heimkindern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. (ebd.) Zwei Jahre später erschien der 13. Kinder- und Jugendbericht, der Entwicklungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen fokussiert, und erkennt im Zusammenhang mit der Kinder- und Jugendhilfe einen Bedarf an Vernetzung u.a. mit dem Gesundheitssystem aus ähnlichen Gründen: „Da Jugendliche in ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen zur Erziehung in der Regel stärker als Gleichaltrige in körperlicher und psychischer Hinsicht gesundheitlich belastet sind und über weniger personale Ressourcen verfügen, ist es notwendig, ihnen von Anfang an genügend intensive, aber an ihre Lebenswelt anschlussfähige, nicht ausgrenzende und gut mit dem Gesundheitssystem vernetzte Hilfen zu gewähren, um Abbrüche von Hilfen und „Verschiebebahnhöfe“ (Hervorhebung im Original) zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu vermeiden“ (Dörr, 2009, S. 256f).

Die angeführten Studien beantworten die Frage, wie es den Mädchen und Jungen geht, wenn sie schlussendlich in Einrichtungen der Erziehungshilfe aufgenommen werden: Sie sind aufgrund der prekären Lebensbedingungen, unter denen sie aufgewachsen sind, depressiver, ängstlicher und auffälliger in ihrem Verhalten als andere, weil sie einer Hochrisikogruppe angehören. Sie wachsen auf unter Bedingungen, in denen Exklusion strukturell schon angelegt ist und die krank machen.

Es sind die jungen Menschen in den Einrichtungen, die als die Schwierigen gelten und in stationären Settings aufgrund ihrer Symptome und entwickelten Verhaltensweisen ständig von Exklusion bedroht sind,

- psychosozial schwer belastet sind häufig und traumatisierende Erfahrungen haben
- häufig aus desolaten Familienstrukturen kommen
- Gewalt und Missbrauch erlebt haben

- die kaum/wenige verlässliche Erwachsene kennen gelernt haben und in Unsicherheit aufgewachsen sind
- Demütigung erlebt haben
- in einem Umfeld von Armut und Perspektivlosigkeit groß geworden sind
- niemand geschützt hat
- Einrichtungswechsel und Beziehungsabbrüche erlebt haben.

10.3 Ein Blick auf die Mitarbeiter/-innen

Durch die zunehmende Komplexität von Problemlagen und Krisensituationen in jungen Biographien und deren Auswirkungen auf Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen haben sich die Anforderungen an die Mitarbeiter/-innen – aber auch die Rahmenbedingungen – erheblich verändert. Die Mitarbeiter/-innen in den Einrichtungen müssen zunehmend Spezialist/-innen sein für ein sich ständig erweiterndes Spektrum an Aufgaben und Belangen: Bildungsberatung, Berufsvorbereitung, Schuldenberatung, ärztliche Versorgung, Jugendgerichtshilfe, Drogenkonsum, Antigewalt- und Deeskalationsstrategien, Kinderschutzfälle, psychisch erkrankte Eltern, neue Medien, Cybermobbing. Gleichzeitig müssen sie, unter Bedingungen von Ressourcenverknappung, insbesondere in Ermangelung der notwendigen Zeit, ruhige, angemessene und haltende Beziehungsangebote machen und den jungen Menschen darüber entscheiden lassen, ob und wann er Beziehungsangebote annehmen möchte und kann. In der Praxis der stationären Erziehungshilfen wirken sich die veränderten Rahmenbedingungen und gestiegenen Anforderungen, die Komplexität der Probleme der jungen Menschen folgenschwer für alle Beteiligte aus: die Mitarbeiter/-innen erreichen die Grenzen ihres fachlichen Handelns. Subjektiv wahrgenommen, aber auch objektiv erfahrbar sind Begegnungen mit Kindern und Jugendlichen im Alltag der Einrichtung, die sozialpädagogische Fachkräfte an ihre Grenzen bringen, sie hilflos machen und das Gefühl entstehen lassen, dass die jungen Menschen „immer schwieriger“ werden. An diesen Grenzen angekommen, kann es passieren, dass die Einrichtung zu einer Institution wird, die den jungen Menschen Schwierigkeiten macht. Es gibt immer noch die Praxis der Abschiebung aus dem System der Jugendhilfe in die Kinder- und Jugendpsychiatrie (oder andere Einrichtungen), wobei die Verantwortung hierfür häufig den Kindern und Jugendlichen selbst zugeschrieben wird. Hierfür stehen Fälle wie dieser: Ein Jugendlicher wird in einer vom Heim definierten Krisensituation in die Kinder- und Jugendpsychiatrie gebracht – mit der Botschaft an die Klinik, dass er für die Gruppe nicht mehr tragbar wäre und auf keinen Fall wieder zurück in die Einrichtung kommen könne. „Wenn die Heime das Kind nicht mehr aushalten, werden nicht die eigenen Grenzen verbalisiert, sondern die

unverständlichen (statt unverstandenen) Verhaltensweisen des Kindes, ausführlich und manchmal mit anklagendem Grundton beklagt.“ (Abels, Schäfer, & Wolf, 2007, S.131) Eine mögliche Erklärung für ein solches institutionelles Muster besteht darin, dass die dort tätigen sozialpädagogischen Fachkräfte über zu wenig Wissen und Handlungskonzepte verfügen: „Wenn sich Pädagoginnen die Schwierigkeiten der Kinder primär mit Ursachen erklären, die sie nicht beeinflussen können und dabei Ursachen negieren, die sie verändern können, reduzieren sie ihre Handlungsfähigkeit“ (ebd., S. 131). Deutlich wird, dass die Verknappung zeitlicher Ressourcen, das „Konzept ulitma ratio“ und ein steigendes Maß an sozialpädagogischer Hilflosigkeit im Kontakt mit besonders belasteten jungen Menschen in die Praxis hineinwirken und Strukturen als auch Hilfeverläufe maßgeblich bestimmen. Dies wiegt umso schwerer, bedenkt man die Tatsache, dass Kinder und Jugendliche, die in den Einrichtungen „ankommen“, bereits äußerst belastende und dysfunktionale Beziehungen erlebt haben. Es besteht die Gefahr der Re-Traumatisierung und Wiederholung von Erfahrungen, wenn junge Menschen in ein System der strukturellen Dysfuntionalität aufgenommen werden.

10.4 Ein Blick auf den Heimverbund in der Märkischen Schweiz - Motivation zur Teilnahme

Die beschriebenen Umstände und Veränderungen sind auch in der stationären Einrichtung „Heimverbund in der Märkischen Schweiz“ deutlich sichtbar und zu spüren gewesen. Die Kinder, die hier aufgenommen wurden und leben, sind so aufgewachsen, wie es oben beschrieben wurde: Zu fast 100% hatten sie Erfahrungen mit anderen, ambulanten oder teilstationären Hilfen; sie sind in Armutsverhältnissen aufgewachsen, häufig mit alleinerziehenden Elternteilen und regelmäßig aus Haushalten im Bezug von Transferleistungen; sie haben Gewalt und Misshandlungen erlebt, sie haben sich um ihre selbst schwer erkrankten Eltern kümmern müssen; sie sind in dysfunktionalen Beziehungsgefügen aufgewachsen und konnten sich nicht sicher binden. Kinder aus der Hochrisikogruppe, die uns im Alltag vor Herausforderungen stellten, die auch uns an unsere Grenzen gebracht haben. Im Wissen um die Bedeutung von Beziehungskontinuität ist ein wesentlicher Aspekt allen (pädagogischen) Handelns, die Möglichkeit des Verbleibens des jungen Menschen in der Einrichtung. Um den Kindern und Jugendlichen ein stabiles und verlässliches Umfeld und die ihrem Bedarf entsprechende Hilfe anbieten zu können, sahen wir wirkungsvolle Effekte hinsichtlich bedarfsgerechter Hilfe und Unterstützung für die jungen Menschen und hinsichtlich der Handlungsfähigkeit der sozialpädagogischen Fachkräfte.

10.5 Der Heimverbund in der Märkischen Schweiz - Ausgangslage

Der Heimverbund in der Märkischen Schweiz (folgend: HV) ist eine ausschließlich stationäre Einrichtung der Jugendhilfe im östlichen Land Brandenburg, zwischen Berlin im Westen und der polnischen Grenze im Osten. In insgesamt 10 ausdifferenzierten Gruppen, verteilt im Landkreis Märkisch Oderland, leben insgesamt 80 Mädchen und Jungen vom Vorschulalter bis hin zur Volljährigkeit. Die Angebote reichen von Erziehungsstellen, heilpädagogischen Gruppen bis zur Regelgruppe, auch gibt es eine spezialisierte Gruppe für Kinder mit geistigen Behinderungen. Gesetzliche Grundlage ist der § 27 i.V. mit den §§ 34 und 35a SGB VIII. Am Projekt beteiligt waren die jungen Menschen des Kinderwohnhauses in Bollersdorf (35 Plätze) und der Sonnenhof (die Gruppe der Kinder mit geistigen Behinderungen, 8 Plätze).

Zunehmend hatten die Kinder, die aufgenommen wurden, kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen bzw. waren in ärztlicher Behandlung und nahmen Medikamente. Der Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung stieg, die Kontakte zu Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie zu Institutsambulanzen waren zunehmend. Unbefriedigend waren nicht nur die langen Wartezeiten (für Termine in psychotherapeutischen Praxen als auch in der Institutsambulanz bzw. zur stationären Aufnahme), sondern auch die Kontakte an sich. Die Kommunikation zwischen den Systemen war anfällig für Missverständnisse, Unverständnis und geprägt von festgelegten Meinungen über das jeweils andere System, professionelle und persönliche Kränkungen eingeschlossen. Mitarbeiterinnen des HV äußerten, dass die Klinik sie in ihrer Expertise und ihren Erfahrungen mit dem Kind/Jugendlichen nicht ernst nähmen, ihnen unterstellten, den jungen Menschen „loswerden“ zu wollen und sie durch die Leistungen der Klinik regelmäßig keine Unterstützung im Alltag und Hilfe für die Kinder/Jugendlichen erfahren würden. Hinzu kamen häufig lange Anfahrtswege, da sich die Kontakte nicht nur auf die für uns zuständige KJPP bezogen, sondern auch auf andere Kliniken, die weit entfernt lagen.

Mit Beginn des Projektes wurde auf der Ebene der Steuerungsgruppe mit allen beteiligten Institutionen (KJPP, JÄ und drei Einrichtungen) an einem Entwurf einer verbindlichen Kooperationsvereinbarung gearbeitet; im HV starteten wir mit einer Erhebung „Zahlen, Daten, Fakten“, um einen Überblick über die Ausgangslage zu erlangen. Es gab Zufriedenheitsfragebögen für die Mitarbeiter/-innen, um konkrete Ansatzpunkte zur Verbesserung der Zusammenarbeit zu finden. Die Mitarbeiter/-innen holten die Einverständniserklärungen der Eltern ein, um die Beteiligung der Kinder/Jugendlichen zu sichern und um ein Screening durchführen zu können. Anhand von Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen (CBL, YSR, ILK)[6] wurden Daten über die

[6] CBL: Child Behavior Checklist, YSR: Youth Self Report, ILK: Inventar zur Erfassung der Lebensqualität

Verfassung der Kinder/Jugendlichen erfasst, die einen Vergleich mit den Daten der Ulmer Heimkinderstudie (siehe oben, Untersuchung Schmid) erlaubten. Bei der im HV beteiligten Gruppe der jungen Menschen waren von 37 Kindern bzw. Jugendlichen 38,8% in der Auswertung der Bögen auffällig. Hier sei angemerkt, dass uns diese festgestellten Auffälligkeiten bzw. Störungen bekannt gewesen sind, da uns bei Aufnahme bereits vorhandene Diagnosen vorlagen bzw. im Aufnahmeverfahren mitgeteilt wurden. Aus der Institutsambulanz waren eine Mitarbeiterin und ein Mitarbeiter für unsere Einrichtung als feste Ansprechpartner zuständig und in der Einrichtung wurden zwei stets ansprechbare und koordinierende Mitarbeiterinnen benannt. Auf der Ebene der Mitarbeitenden gab es eine kontinuierliche und verbindliche Zusammenarbeit mit den Kolleg/-innen der Institutsambulanz: Jeweils im Abstand von 14 Tagen kamen die Mitarbeiterin und der Mitarbeiter der Institutsambulanz in die Einrichtung und gaben bedarfsgerechte Fortbildungen, führten Fall- und Teamberatungen durch. Auf der Ebene der Kinder und Jugendlichen wurden regelmäßige Sprechstunden in der Einrichtungen ein- sowie Psychotherapien durchgeführt. Bei Bedarf wurden Hilfeplangespräche gemeinsam vorbereitet und eng mit den Mitarbeiter/-innen des Jugendamtes kooperiert. Gemeinsam mit den jungen Menschen wurden Kriseninterventionspläne entwickelt und verbindlich an den Schnittstellen Einrichtung, stationärer Bereich der KJPP und Institutsambulanz umgesetzt. In der Institutsambulanz gab es ein Zeitfenster, welches Kontakte unmittelbar und ohne Wartezeiten ermöglichte. Auf der Einrichtungsebene fand eine Vernetzung mit den anderen Kooperationseinrichtungen statt, so dass gemeinsame Veranstaltungen und Informations- und Fachaustausch möglich und befördert wurde. Um Verständnis und Wissen des Systems stationäre Erziehungshilfe in der KJPP zu vertiefen und Hilfen anschlussfähig und sinnvoll gestalten zu können, gab es Informationsveranstaltungen über die Grundlagen und Konzepte des HV und der stationären Erziehungshilfe im Allgemeinen.

10.6 Die Wirkung

Vor Beginn wurden folgende Ziele für das Gesamtprojekt formuliert: Verbesserung der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung stationär untergebrachter Kinder und Jugendlicher, Verringerung der Wartezeiten bei Inanspruchnahme psychiatrischer/psychotherapeutischer Leistungen, Erfassung quantitativer Daten stationärer Behandlungen und Kontakte zur Institutsambulanz, Qualifizierung der Hilfeplanung, Vermeidung von Abbrüchen stationärer Erziehungshilfen aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen/Erkrankungen und die nachhaltige Implementierung von Kooperationsstrukturen in den beteiligten Regionen. Schon während der Laufzeit des Projektes konnten wir unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeit im HV konstatie-

ren, regelmäßige interne Auswertungen verdeutlichten uns die prozessbedingten Veränderungen in struktureller und fachlicher Hinsicht.

Durch die verbindlichen Festlegungen und Verabredungen, die in der Kooperationsvereinbarung festgelegt wurden, haben sich konkret messbar und unmittelbar die Wartezeiten verkürzt; die Kontakte zwischen Mitarbeiter/-innen aber auch jungen Menschen haben bedarfsgerecht und zeitnah stattgefunden. Auf der Ebene der Mitarbeiter/-innen führte die intensive Auseinandersetzung mit dem jeweils anderen System zu einem Abbau von Missverständnissen, Misstrauen und Vorurteilen bei allen Beteiligten. In der Konkretisierung und Benennung von jeweiligen Aufgaben, Leistungen aber auch Grenzen wurde ein transparenter Rahmen gesteckt, der es ermöglichte, sich mit realistischen Erwartungen zu begegnen und Überforderungssituationen oder Enttäuschungen zu vermeiden. Die Fortbildungen zu den in der Praxis relevanten Themen und die Beratungen zu uns überfordernden Situationen machten uns klüger, verständiger und einfühlsamer für die Lebenssituationen der jungen Menschen. Wir erlangten im Umgang mit den Kindern und Jugendlichen mehr Handlungssicherheit, ohne Verantwortung für ihr Aufwachsen abzugeben. Die Mitarbeiter/-innen in den Gruppen fühlten sich in jeder Hinsicht zuständig und integrierten die Leistungen der KJPP in ihre Verantwortung für das gelingende Aufwachsen der Mädchen und Jungen mit Schwierigkeiten. Durch sorgfältige Auseinandersetzung mit krisenhaften Situationen wurden Kompetenzen der Krisenbewältigung erweitert, Krisen der jungen Menschen, die sich in ausagierendem Verhalten zeigten, konnten besser ausgehalten werden und lösten nicht Hilflosigkeit aus, sondern die erworbenen Kompetenzen ermöglichten den Akteur/-innen Handlungsoptionen.

Auf der Ebene der Kinder und Jugendlichen erhöhten sich die Akzeptanz und das Verständnis gegenüber den Themen der Psychotherapie und Psychiatrie. Sie entwickelten Vertrauen gegenüber der Mitarbeiterin und dem Mitarbeiter aus der Institutsambulanz (die regelmäßig in die Einrichtung kamen) aber auch in die Wirkung therapeutischer Maßnahmen, da Veränderungen für sie im Sinne von Entlastung erfahrbar wurden. Auch die jungen Menschen erweiterten ihre Kompetenzen in Krisen- aber auch Alltagsbewältigung, auch sie entwickelten ein tieferes Verständnis für sich selbst. Durch erfahrbare Selbstverständlichkeit der Anwesenheit von Mitarbeiter/-innen des Systems KJPP in ihrer Lebenswelt wurden psychotherapeutische Angebote selbstverständlich genutzt, integriert und als persönlicher Zugewinn empfunden. Ebenso wie die Mitarbeiter/-innen der Einrichtung entwickelten die jungen Menschen ein Bewusstsein für die Aufgaben und Leistungen aber auch Grenzen des Systems KJPP und konnten realistische Erwartungen formulieren. Die KJPP verlor ihren Schrecken und wurde selbstbestimmt durch die Kinder und Jugendlichen in Anspruch genommen.

Im Zusammenleben und in den Beziehungen der Mädchen und Jungen im HV ist insgesamt eine größere Sicherheit entstanden. Eine Sicherheit und Gewissheit für die jungen Menschen darüber, dass sie in haltenden Strukturen und Beziehungen an einem sicheren Ort leben, an dem die Erwachsenen, selbst an ihren Grenzen angekommen, sie annehmen und für sie verstehend da sein möchten. Wirkfaktoren in diesem erfolgreichen Prozess sind Verbindlichkeit, ausreichend Zeit und ein ausdrückliches Wollen der Erwachsenen beider Systeme, den Kindern, die in Schwierigkeiten aufgewachsen sind, sichere Beziehungen und Bezüge zu bieten und ihnen nicht noch weitere Schwierigkeiten zu bereiten.

10.7 Ein Blick auf die Organisation – Voraussetzungen und struktureller Rahmen

Für Kinder und Jugendliche, die in bedrückenden Verhältnissen aufwachsen (müssen), ist oftmals nicht nur ein System ausreichend, um den komplexen Hilfe- und Unterstützungsbedarf zu erfüllen, der notwendig ist. Orientiert an der Lebenswelt der jungen Menschen und an ihren Bedürfnissen, braucht es eine Kultur der Zusammenarbeit mit anderen Orten und Institutionen, die für diese jungen Menschen zuständig sind und Verantwortung für ein gesundes und heilendes Aufwachsen übernehmen. Es gilt, biographische Erfahrungen und deren Bedeutung, wissenschaftliche Erkenntnisse und fachspezifische Kompetenzen aus unterschiedlichen Bereichen zusammenzutragen und ein Netz zu bilden, welches den jungen Menschen im Mittelpunkt hat und hält. Denn „es bleibt festzuhalten: Die Abgrenzung der Systeme führt zu Praxisproblemen im Alltag, zu einer medizinischen und therapeutischen Unterversorgung von Heimkindern, zu einer überproportionalen stationären Aufnahme mit hohem Abbruchrisiko in der Kinder- und Jugendhilfe und damit zur iatrogenen oder systemimmanenten Verschlechterung der Prognose dieser Kinder und Jugendlichen in beiden Sozialleistungssystemen.“ (Fegert & Besier, 2008, S.16) (An dieser Stelle soll unkommentiert und als Exkurs auf die Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundhietliche Versorgung verwiesen werden. In der Präambel und Punkt zwei heißt es: „In Artikel 24 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes vom 20 November 1989 erkennen die Vertragsstaaten das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten ist.“ (Bundesärtzekammer, 10.03.2008, letzte Änderung) Und weiter heißt es in den allgemeinen Grundsätzen unter Pkt. 4.V: „Insbesondere sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um dafür Sorge zu tragen, dass jedes Kind eine adäquate

ärztliche Betreuung und medizinische Versorgung erhält einschließlich geeigneter Mittel zur Schmerzlinderung, das gilt vor allem für die Primärversorgung und für die psychiatrische Behandlung von Kindern mit psychischen Erkrankungen sowie für die spezielle Betreuung von behinderten Kindern“. (ebenda)

Kooperationsnotwendigkeit muss von Institutionen erkannt und gewollt sein. Dem liegen das Wissen und die Überzeugung zugrunde, dass die komplexen Herausforderungen von einer Berufsgruppe nicht immer alleine bewältigt werden können und zum Gestalten von Prozessen Kompetenzen angrenzender Professionen und Systeme notwendig sind, um die eigenen Ressourcen zu verbessern und zu bereichern. Kooperation muss entwickelt werden und braucht Zeit und Menschen. Das heißt, beteiligte Institutionen müssen Ressourcen zur Verfügung stellen: Zeit für gemeinsame Fortbildungen, Zeit für gegenseitige Beratungen und Fallgespräche, Finanzen für die Qualifizierung der Fachkräfte etc. Eine Orientierung an vorhandenen (Mindest-) Standards wird nicht ausreichend sein. Jedes System muss deshalb aus sich heraus die Ziele definieren, die es in der Kooperation hat und was es dazu beitragen kann, diese Ziele zu erreichen; notwendig hierbei ist eine klare Benennung von Leistungsmöglichkeiten und –grenzen. Nur mit Kenntnis von gesetzlichem Auftrag, Arbeitsmethoden und Normierungen, aber auch des Leitbildes der jeweiligen Institutionen, können die Erwartungen aneinander erkannt und klar formuliert werden. In der Regel geht der Impuls zur Kontaktaufnahme aus der Einrichtung hervor, in der der junge Mensch lebt. Das heißt, sozialpädagogische Fachkräfte müssen in der Lage sein, ihre Fragen klar zu formulieren und einen deutlichen und abgrenzbaren Auftrag erteilen. Dass Wissen um das andere System schützt vor nicht realistischen Erwartungen, und die jeweiligen spezifischen Kompetenzen können sich ergänzen. Kooperation ist also vor allem auch ein Kommunikationsprozess und setzt eine Wertschätzung der jeweils anderen Profession voraus. Kooperationen zwischen Einrichtungen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie dürfen nicht dazu dienen, Defizite des einen Systems durch das andere auszugleichen. Sinnvolle Zusammenarbeit muss vor dem Hintergrund einer gemeinsamen Verantwortung für Kinder und Jugendliche entstehen, die durch strukturelle Benachteiligung gesundheitlichen Risiken ausgesetzt und deren Teilhabechancen eingeschränkt sind. Aus dieser Verantwortung heraus kann ein institutionelles Wollen entstehen, welches Kooperation als integralen Bestandteil der Einrichtungskonzeption für unverzichtbar hält. Aus dem institutionellen Wollen heraus müssen Ressourcen in Form von Zeit, Wissen, Personen und finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, um sozialpädagogischen Fachkräften einen sicheren Handlungsrahmen zu geben. Somit entsteht ein klarer Auftrag an die Leitungsebene, nämlich die Unterstützung der individuellen Qualifizierung wie die Qualifizierung der Teams durch die Leitung und den Träger zu gewährleisten. Dazu gehört auch ein angemessenes – und im Entgeltsatz

berücksichtigtes – Kontingent für die Reflexion im Team und strukturell verankerte Formen der Reflexion mit jungen Menschen.

10.8 Literatur

Abels, Inga; Schäfer, Dirk & Wolf, Klaus (2007): Neue Entwicklungschancen oder zusätzliche Belastungen? Kinder zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie. In Köttgen, Charlotte: Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Strafe und Therapie. Frankfurt am Main, S. 122 - 144

Dörr, Margret (2009): Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte der Salutogenese; Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht; Sachverständigenkommision des 13. Kinder- und Jugendberichtes.

Fegert, Jörg; Besier, Tanja &Goldbeck, Lutz (2008): Positionspapier: Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe. In Heim und Erzieher 3/2008. Berlin, S. 13 - 21.

Forschungsprojekt Jule (1998): Leistungen und Grenzen von Heimnerziehung - Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Stuttart, Berlin, Köln, Bundesministerium für Familien, Frauen, Senioren und Jugendliche.

Macsenaere, Michael, Schemenau, Gerd: Erfolg und Misserfolg in der Heimerziehung. Ergebnisse und Erfahrungen aus der Evaluation Erzieherischer Hilfen. In: Unsere Jugend, 60. Jg., München, S. 26 - 33

Peters, Friedhelm (2011). Warum Haltungen nicht ausreichen, aber man dennoch darüber sprechen muss. In Düring, Diana, & Krause, Hans-Ullrich (Hrsg.):Pädagogische Kunst und professionelle Haltungen. Frankfurt/Main, S. 216 - 238

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). BELLA-Studie: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbölatt Nr. 5/6 , S. 873.

Schmid, M. (2007). Psychische Gesundheit von Heimkindern - eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der Stationären Jugendhilfe. München.

Seithe, M. (2012). Schwarzbuch Soziale Arbeit. Wiesbaden.

Bundesärtzekammer (10.03.2008, letzte Änderung). Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung.

11. Praxisbeispiel einer gelungenen Kooperation im Heimverbund in der Märkischen Schweiz

Tanja Redlich

11.1 Einleitung

In dem Beitrag von Frau Dulle zu den Praxiserfahrungen der Kooperation des Heimverbundes in der Märkischen Schweiz mit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters des Martin Gropius Krankenhauses in Eberswalde werden Intention und Anforderungen an die Kooperation beschrieben. Im folgenden Beitrag wird an einem Praxisbeispiel deutlich gemacht, welchen Gewinn Kinder und Jugendliche und Fachkräfte von einer gelingenden Kooperation haben können.

Es wird der Verlauf einer therapeutischen Behandlung beschrieben, wobei die Sicht des Jugendlichen auf den Prozess mit einbezogen wird. In Gesprächen während und nach der Behandlung wurden Sichtweisen, Wirkungen und Perspektiven besprochen. Der Name des Jugendlichen wurde verändert.

11.2 Ausgangssituation

Peter ist der jüngste von vier Brüdern. Bis auf den ältesten der Brüder waren alle Jungen in der Einrichtung untergebracht. Gründe für die stationäre Unterbringung waren primär der Alkoholismus des Vaters, verbunden mit einem hohen Maß an Aggression gegenüber den Jungen und der Kindesmutter. Die Kindesmutter war nicht in der Lage, sich und die Kinder vor den Ausbrüchen des Vaters zu schützen. Peter lebt seit sechs Jahren in der Einrichtung und ist 17 Jahre alt. Die beiden Brüder sind bereits volljährig und wohnen in eigenen Wohnungen. Peter ist der Einzige der vier Brüder, der jeglichen Kontakt zum Vater deutlich ablehnt und Erpressungsversuchen oder Umwerbungen standhält. Zu seiner Mutter hat er intensiven Kontakt.

Schon als Kind fiel es Peter schwer, über eigene Gefühle, Ängste und Unsicherheiten zu reden. So kam es häufig zu plötzlichen Wut- und Weinanfällen. Mit zunehmender Sicherheit ließ dies nach. Insgesamt erschien er introvertiert und ängstlich. Motorisch wirkte er ungeschickt und wenig anstrengungsbereit. So lernte er beispielsweise nie Rad fahren. Auffällig war auch ein permanenter Tremor mit ungeklärter Ursache.

Zum Ende der neunten Klasse und zu Schuljahresbeginn der 10. Klasse zeigte er vermehrt Anzeichen von sozialen Ängsten. Er wollte nicht an Schulveranstaltungen teilnehmen, verweigerte den Sportunterricht und versuchte auch bei Gruppenunter-

nehmungen, die an Orten mit vielen Personen stattfanden, nicht teilzunehmen. Die Gründe dafür waren nicht mit ihm zu besprechen. In der Schule führte dies zu immer mehr Konflikten zwischen ihm und den Lehrer/-innen. Die Fronten verhärteten sich und der Junge stand kurz davor, die Schule verlassen zu müssen.

11.3 Kooperation an den Schnittstellen Erziehung, Bildung und Gesundheit

An dieser Stelle nahmen die Erzieherinnen erstmalig Kontakt zu den Therapeut/-innen der Klinik auf, um sich beraten zu lassen. Eine Beratung für sich selbst lehnte der Jugendliche ab. Infolge der Erstberatung wurde ein Termin für eine psychiatrische Fallsupervision vereinbart, an der die Klassenlehrerin und der Sportlehrer des Jungen und die Erzieherinnen der Wohngruppe teilnahmen. Hier wurde gemeinsam versucht, Hypothesen für das Verhalten des Jungen und Lösungsansätze zu entwickeln. Genogramm und Soziogramm in Verbindung mit psychotherapeutischem und psychiatrischem Wissen und den Erfahrungen der sozialpädagogischen Fachkräfte wirkten hier zusammen. Fragen, die bearbeitet wurden, waren die nach den Ursachen für das Verhalten und Möglichkeiten der Entlastung des Jugendlichen, um ein Scheitern in der Schule zu vermeiden und eine tragfähige Basis für Berufsausbildung und ein angstfreies Leben zu schaffen. Da der Junge therapeutische Hilfe ablehnte, diese aber als notwendig erachtet wurde, wurde zunächst ein Termin zur Diagnostik seiner motorischen Fähigkeiten anberaumt. Gerade im Sportunterricht hatte er große Probleme und reagierte darauf mit oppositionellem Verhalten, Verweigerung und Provokation. Peter war bereit, diesen Termin wahrzunehmen. Im Ergebnis dessen wurde festgestellt, dass er Probleme mit dem Gleichgewichtssinn und der Koordination beider Körperhälften hat. Aufgrund dessen war er nur begrenzt in der Lage, die Anforderungen des Sportunterrichts zu erfüllen. So wurde auf Empfehlung der Klinik eine Aussetzung der Benotung des Sportunterrichtes für Peter veranlasst, um so den Druck für den Jugendlichen zu mindern. Dies erlebte er als Entlastung. Die Diagnose und deren Bedeutung für ihn wurden ihm von der Therapeutin in der Sprechstunde in der Einrichtung erläutert. In diesem Erstkontakt mit der Therapeutin wurde ihm das Angebot gemacht, die Sprechstunde in der Einrichtung regelmäßig zu nutzen, um über die Entwicklung in der Schule und seine Befindlichkeiten zu reden. Er bat sich eine Bedenkzeit aus und gab im Vorfeld der nächsten Sprechstunde das Signal, dass er bereit sei, es zu versuchen.

11.4 Der therapeutische Prozess

Von September 2011 bis Juli 2012 besuchte er einmal monatlich die Gesprächstherapie in der Einrichtung. Dabei zeigte er sich in einem hohen Maße verlässlich in der Wahrnehmung der Termine und brachte häufig eigene Themen mit, die er bearbeiten wollte. Zunächst wohnte er noch direkt in der Einrichtung und hatte somit kurze Wege zu der Sprechstunde. Als er im Februar 2012 in ein betreutes Jugendwohnen an einen anderen Ort wechselte, nahm er weiterhin regelmäßig seine Termine wahr- trotz erhöhter Belastung durch die Anfahrt. Die zunächst abgelehnte Therapie wurde ihm zu einem Bedürfnis und er nutzte sie intensiv für die Bearbeitung seiner Themen. Im Verlauf der Therapie war ein deutlicher Reifungsprozess zu verzeichnen. Er wurde selbstbewusster, selbstsicherer und seine kommunikativen Fähigkeiten verbesserten sich deutlich. Dies wirkte sich insgesamt gut auf seine Stimmungen, seine Frustrationstoleranz und seine Konfliktlösungsstrategien und damit auf seine sozialen Kontakte aus. Mit der Beendigung des Schuljahres signalisierte er, dass er für sich keinen therapeutischen Bedarf mehr sehe. Das Angebot der Therapeutin, ihn abschließend noch einmal im betreuten Jugendwohnen zu besuchen und mit ihm Möglichkeiten der therapeutischen Versorgung jenseits des 18. Lebensjahres und der Jugendhilfe zu besprechen, nahm er an. Der dafür gesetzte Termin lag in den Sommerferien und er war zu dieser Zeit zu seiner Mutter beurlaubt. Zuverlässig und wieder vorbereitet kam er zu diesem Gespräch in die Wohngruppe, zeigte der Therapeutin die Wohnung und berichtete positiv von seinem Leben mit mehr Freiraum aber auch mehr persönlicher Verantwortung. Auf das Thema der therapeutischen Versorgung in der Stadt hatte er sich bereits soweit vorbereitet, dass er der Therapeutin mitteilte, er habe schon an verschiedenen Orten Schilder von niedergelassenen Therapeuten gesehen und auch schon überlegt, welche für ihn gut zu erreichen wären. Der Jugendliche scheint also selbstbestimmt und verantwortlich mit dem aktuellen therapeutischen Prozess abgeschlossen zu haben und Perspektiven für sich entwickeln zu können. Dazu passend berichtet er stolz, die Abschlussrede seiner Klasse zur großen Abschlussfeier gehalten zu haben.

11.5 Der therapeutische Prozess aus Sicht des Jugendlichen

In einem Gespräch mit Peter konnte er deutlich sein Erleben und seinen Gewinn von der Therapie beschreiben.

Er berichtete von seinen Problemen im Sportunterricht, und dass er immer wieder das Sportzeug mit Absicht vergaß und deswegen Ärger bekam. Aus Wut darüber provozierte er den Sportlehrer immer wieder und so konnten sie nicht mehr ohne Aggressionen miteinander umgehen. Die Klassenlehrerin mischte sich dann noch ein, und so hatte er aus seiner Sicht in der Schule schon zwei Lehrer gegen sich. Dem

„Geschicklichkeitstest“ in der Klinik stimmte er zu, weil er sich davon schon im Vorfeld eine Sportbefreiung erhoffte. Er wusste ja selbst, dass er Probleme mit dem Gleichgewicht und bei Arbeiten mit den Händen hatte. Ein Junge aus seiner Klasse hatte auch eine Sportbefreiung, bzw. eine Freistellung von der Benotung. So wusste er schon um die Möglichkeit.

Bei der Auswertung der Tests, sagte er, wurden „zwei Fliegen mit einer Klappe“ geschlagen. Er bekam die Sportbefreiung und die Therapeutin war ihm gleich sympathisch. So konnte er ihr Angebot, die Sprechstunde regelmäßig in Anspruch zu nehmen, leichter annehmen. Wichtig war für ihn dabei, dass sie in die Einrichtung kam und er nicht in die Klinik fahren musste. Besonders intensiv hat er die erste Zeit erlebt. Hier hat er der Therapeutin Dinge erzählt, die er sonst mit noch niemandem besprochen habe und auch intensiver über Gefühle und seine Familie gesprochen. Hilfreich war, dass er wusste, sie darf es nicht weiter erzählen. Bei den Erzieherinnen der Wohngruppe wisse „man das nicht so genau“, meinte er, weil die in der Teamberatung „immer über einen“ sprechen. Nach den Gesprächen fühlte er sich häufig erleichtert und gestärkt. Er weiß jetzt besser, was er gut kann und was er will. Im Laufe der Zeit hatte er das Gefühl, alle für ihn wichtigen Dinge besprochen zu haben. Das zu Beginn wahrgenommene Gefühl der Erleichterung und Stärkung nach der Sitzung ließ nach. Er ging trotzdem weiter regelmäßig zu den Terminen, weil die Therapeutin ihm sympathisch war und die Gespräche „nett“ waren. Außerdem merkte er, dass es ihm nun leichter fiel, mit anderen Personen über Probleme, Unzufriedenheit und Erlebnisse zu sprechen. Auf die Frage, warum er auch nach seinem Umzug noch so regelmäßig und zuverlässig in die Sprechstunde gekommen sei, sagte er: „Ich habe mich darauf eingelassen, und wenn ich was anfange, ziehe ich das auch durch!“ Im Nachgang schätzte Peter selbst ein, dass sich sein Blick auf Jugendpsychiatrie und Psychotherapie verändert habe. Er sagte, dass er früher immer gedacht habe, dass nur „richtig kranke Leute“, die mit ihrem Leben „total am Ende“ sind, zum Therapeuten gingen. So habe er sich nie gefühlt. Außerdem konnte er sich gut erinnern, dass sein Vater immer in die Psychiatrie eingeliefert worden sei, wenn er wieder starke Ausfälle durch den Alkohol gehabt habe. So war er ja auch nicht. Nun hat er gemerkt, dass es gar nicht so schlimm ist, mit Therapeuten zu reden und andere das auch machen und ganz normal sind.

Peter ist nach seinen Erfahrungen der Ansicht, dass das Projekt weitergeführt werden sollte. Nach den Gründen befragt, gibt er folgendes an:

- es ist ein gutes Angebot für Kinder, die nicht so leicht „aus sich rauskommen“ (hier benannte er auch gleich Kinder, die aus seiner Sicht einen Bedarf hätten),

- es ist ein gutes Angebot für Kinder und Jugendliche, die Probleme haben, sich den Erzieher/-innen anzuvertrauen,
- dadurch, dass die Therapeut/-innen ins Haus kommen, ist es mit wenig Aufwand verbunden,
- weil man nicht in die Klinik fahren muss, entsteht auch nicht der Eindruck, „mit mir stimmt was nicht“.

In diesem Gespräch kündigte er schon an, dass er die Therapie beenden werde, weil er im Moment keinen Bedarf bei sich sehe. Im Gespräch machte er deutlich, dass es wichtig für ihn ist, das Ende selbst festlegen zu können. Insgesamt habe es ihm geholfen. Er wurde als selbstbewusster, gereifter Jugendlicher, der stolz auf sich und seine Leistung war, wahrgenommen.

11.6 Fazit

An diesem Praxisbeispiel ist deutlich geworden, wie das wertschätzende Zusammenwirken von Fachkräften unterschiedlicher Professionen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wirken kann. Genau zum richtigen Zeitpunkt haben die Erziehrinnen bemerkt, dass sie mit ihrem Wissen und Können, aber auch ihrer Beziehung zu dem Jugendlichen an ihre Grenzen kamen und haben sich jugendpsychotherapeutische Unterstützung gesucht. Im Sinne der Ganzheitlichkeit haben sie die/den Lehrer/in in den Prozess mit einbezogen und so wurden für Peter positive Impulse gesetzt. Der Gewinn für Peter war die deutliche Herabsetzung der Hemmschwelle gegenüber Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Er hat in einem relativ kurzfristigen Verlauf schnell Erfolge und ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit erleben können.

Dies ist nur eins von vielen positiven Praxisbeispielen und man hätte sicher auch das Erleben der Kooperation aus Sicht der Erzieher/-innen der Einrichtung darstellen können. Bewusst sollte hier aber die Wahrnehmung eines Jugendlichen dargestellt werden, weil Kinder und Jugendliche im Fokus der gemeinsamen Arbeit von Erziehung, Bildung und Gesundheit stehen.

12. Kompetenzen der sozialpädagogischen Fachkräfte für den Umgang mit psychischen Störungen

Marie Dulle

Professionelles Handeln sozialpädagogischer Fachkräfte in den Einrichtungen stationärer Erziehungshilfe erschöpft sich nicht in dem im Studium oder während der Ausbildung erworbenen Handlungswissen, sondern „ bedarf einer beständigen Reflexion und Neukonstruktion in dem Maße, wie sich die Kontextbedingungen und Rahmungen der beruflichen Tätigkeit verändern.“ (Rätz, 2011,S.69) Die veränderten Kontextbedingungen und die Anforderungen an die Fachkräfte in den Einrichtungen sind an anderer Stelle des Buchs von der Autorin bereits beschrieben.

Grundsätzlich, insbesondere aber im Bezug auf die Kooperation Jugendhilfe und KJPP benötigen die sozialpädagogischen Fachkräfte – auch auf Leitungs- und Trägerebene – das Bewusstsein, dass sie Orte der Salutogenese und Resilienzförderung schaffen. Kooperationsstrukturen dienen demzufolge nicht dazu, Einrichtungen und Fachkräfte aus der Verantwortung für ein gesundes Aufwachsen und förderliche Bedingungen, die sich an den Ressourcen orientieren, zu entlassen. Die Inanspruchnahme der Dienste der KJPP setzt eine umfassende Kenntnis der Möglichkeiten und Grenzen der Systeme voraus und muss Sinn machen. Eine Abgabe von Zuständigkeit für die Schwierigkeiten der jungen Menschen aus Hilflosigkeit der Fachkräfte würde eine Defizitperpektive und somit die Gefahr einer Stigmatisierung verstärken.

Sozialpädagogische Fachkräfte müssen daher umfassend analysieren, verstehen und bewerten können und Verhalten von jungen Menschen über eine reine Symptombeschreibung hinaus umfassend wahrnehmen. Schon bevor ein junger Mensch in ein Heim kommt, macht er die Erfahrung, dass sein Verhalten das Agieren eines Helfersystems auslöst. Beschränkt sich das Handeln der Helfer/-innen lediglich auf Verhaltensänderungen, ohne verursachende Bedingungen einzubeziehen, scheint für das Kind die Verantwortung für ein Gelingen und die Zielerreichung ganz allein bei sich selbst zu liegen. Kommt es zu Konflikten oder Krisen, erlebt der junge Mensch dieses als Scheitern, welches er durch sein Verhalten herbeigeführt hat. Deshalb „muss es in diesen Situationen zuerst darum gehen, die Lerngeschichten und Überlegensstrategien von Kindern zu verstehen, und nicht darum, Abweichung von Normalität zu behandeln oder Grenzüberschreitungen strikt zu sanktionieren. Denn erst, wenn die Funktion auffälligen und störenden Verhaltens von Professionellen verstanden wird, können Kinder Lernerfahrungen eröffnet werden, die an ihren internen Handlungsmotiven ansetzen, die ihre Zustimmung finden und die Erprobung

und Aneignung alternativer Handlungsstrategien ermöglichen können.“ (Ader, 2004,S. 443)

Bei einer Unterbringung in eine stationäre Einrichtung der Jugendhilfe kommt die Trennung von den Familien und dem bekannten Umfeld als weitere verunsichernde Erfahrung und Belastung für die jungen Menschen hinzu. Sie brauchen daher einen Ort der Sicherheit, der seinen Ausdruck in tragenden und haltenden Strukturen und Menschen findet. Das aufnehmende Umfeld muss sich der Lebenswelt und den Lebenserfahrungen der jungen Menschen anpassen und nicht umgekehrt. Sicherheitserfahrungen bedeuten, dass bei Abweichungen von Regeln und Normen nicht mit Exklusion gestraft wird. Die Verhaltensweisen der Kinder machen aus ihrer Sicht und auf dem Hintergrund ihrer Erfahrungen immer Sinn und sind Strategien, mit denen sie ihr Leben bewältigen mussten. Hierfür müssen ein Verstehen da sein und strukturelle Ressourcen zur Verfügung stehen, die dies ermöglichen. Junge Menschen in Einrichtungen brauchen Fachkräfte, die über umfassendes Wissen und Verständnis ihrer Situation verfügen und dies in praxisrelevantes Handeln umsetzen können. „Die Anforderung an die Fachkräfte der Kinder und Jugendhilfe besteht daher darin, diese belastenden – verrückten – Überlebensstrategien der Kinder und Jugendlichen in der

1. je biographischen Gewordenheit (Lebenssituation und Lebensgeschichte)
2. in ihrer subjektiven Sinnhaftigkeit (Selbstaussagen) und
3. im Zusammenhang bisherigen institutionellen Hilfehandelns (Hilfsgeschichten) zu verstehen, um sozialpädagogisch die **„**Beeinträchtigung von Teilhabe**“** (Hervorhebung im Original) zu erschließen und Ideen für sinnvolle Hilfen zu entwickeln“. (Dörr, 2009, S. 54)

Zur Begegnung dieser Herausforderungen und Erwartungen benötigen sozialpädagogische Fachkräfte folgende Kompetenzen:

- Fallverstehen als Voraussetzung, um Brüche in der Biographie der jungen Menschen zu erkennen und sie als mögliche Ursachen für nichtregelkonformes Verhalten zu verstehen,
- die Fähigkeit der systemischen Herangehensweise und des systemischen Verstehens, der nicht nur das Kind, sondern sein gesamtes Umfeld in den Fokus nimmt,
- eine umfassende Methodenvielfalt im pädagogischen Handeln,
- umfassendes Handlungswissen,
- die Fähigkeit zur Selbstreflexion,

- ein Beziehungsangebot aufrechtzuerhalten, auch wenn es nicht sichtbar angenommen oder sogar abgelehnt wird.

Mitarbeiter/-innen müssen motiviert sein, sich auf diesen Prozess und diese Bedingungen einzulassen und von der Sinnhaftigkeit dessen, was sie tun, überzeugt sein. Sie müssen sich immer wieder in einer ehrlichen Selbstprüfung fragen, ob sie weiterhin oder auf eine neue Weise in der Lage sind, diesen pädagogischen Ort zu prägen und den Kindern und Jugendlichen einen sicheren Rahmen für ihre Entwicklung zu bieten. Sie müssen über entsprechende Lebens- und Arbeitserfahrungen, Charisma und Habitus verfügen, um den jungen Menschen glaubhafte und kongruente Beziehungsangebote machen zu können. Durch das Anbieten von Modellen, Bildern und Perspektiven in sicheren Beziehungen können junge Menschen Erfahrungen machen, die Grundlage für Veränderungen in ihrem Leben sein können (vgl. Positionspapier der Fachgruppe Heimerziehung der IGFH, 2008).

12.1 Literatur

Ader, Sabine (2004). "Besonders schwierige" Kinder: Unverstanden und instrumentalisiert. In Fegert, Jörg & Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation (S. 437 - 479). Weinheim und München.

Dörr, Margret (2009): Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder und Jugendhilfe: Heime als Orte der Salutogenese; Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht; Sachverständigenkommision des 13. Kinder- und Jugendberichts

Positionspapier Fachgruppe der IGFH "Stationäre Heimerziehung und andere betreute Wohnformen" (2008) In: Forum Erziehungshilfen Nr. 1, S. 49ff

Rätz, Regina (2011): Professionelle Haltungen in der Gestaltung pädagogischer Beziehungen. In Düring, Diana & Krause Hans-Ullrich (Hrsg.): Pädagogische Kunst und professionelle Haltungen (S. 65 - 74). Fankfurt/Main: IGFH-Eigenverlag.

13. Die Zufriedenheitsbefragung

Regina El Zaher, Dr. Martin Hoffmann, Horst Körner

Ergänzend zu den psychiatrischen Screening- und Diagnoseinstrumenten wurden Fragebögen entwickelt, um die Einschätzung relevanter Aspekte der Kooperation durch Einrichtungen, Kliniken sowie Jugendämter zu erfassen. Vorausgeschickt sei, dass diese aus unserer Sicht geeignet sind, Trends zu erfassen und Hypothesen zu generieren. Sie sind allerdings nicht gemäß den Anforderungen empirischer Sozialforschung und deren Qualitätskriterien von Messinstrumenten (Objektivität, Reliabilität und Validität) überprüft. Ebenso sind Stichprobenauswahl und -größe nicht geeignet, signifikante Ergebnisse objektiv festzustellen. Die Autoren verstehen die Erhebung als Pilotstudie, die durch weitere systematische Forschung vertieft und objektiviert werden sollte. Daran könnten v.a. auch die Kostenträger (Krankenkassen und Kommunen) ein starkes Interesse haben und daher sind alle Interessierten eingeladen, sich mit uns zur Entwicklung geeigneter Forschungsdesigns in Verbindung zu setzen.

13.1 Die Zufriedenheitsbefragung

Mit diesem Fragebogen erfassten wir die subjektive Zufriedenheit von Fachkräften aus Heimen, Kliniken und Jugendämtern bei der fallbezogenen Zusammenarbeit vor und nach der Projektphase. Die Einschätzung wurde wechselseitig erhoben, also die Sicht der Heime und der Jugendämter auf die Klinik wie umgekehrt. Auf einer vierstufigen Skala von „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ wurde die allgemeine Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit bei Diagnose und Behandlung wie auch in Krisenfällen gemessen. Ferner enthält der Fragebogen 16 weitere differenzierte Kriterien, die wir auf der Basis vorhergehender Recherchen als für die Zusammenarbeit bedeutsam herausgefunden hatten. Dazu gehören Erreichbarkeit, Wartezeiten, Verbindlichkeit und Kontakte, Auftrags- und Zielklärung, Absprachen, Beteiligung von Kindern und Jugendlichen, Verständlichkeit und Umsetzbarkeit von Diagnosen, Stellungnahmen und Empfehlungen, Nachbetreuung.

13.1.1 Ergebnisse:

Die Anzahl der vorliegenden Fragebogen aus den einzelnen Organisationen und Regionen reicht von 6 bis 40. In der Summe gibt es im Pretest 44 Bögen der Kliniken mit Blick auf die Einrichtungen (Posttest 36), 37 Bögen der Kliniken mit Blick auf die Jugendämter (Posttest 46), 91 Bögen aus Heimen mit Blick auf die Kliniken (Posttest

79) und 44 Bögen der Jugendämter mit Blick auf die Kliniken (Posttest 42). Nicht alle Bögen waren vollständig ausgefüllt.

Insgesamt gesehen ergeben sich folgende Trends bei der Entwicklung der Zufriedenheit mit der Kooperation, die in den unterschiedlichen Regionen etwas variieren: Die wechselseitige Zufriedenheit mit den verschiedenen Facetten der Zusammenarbeit wächst zwischen Heimen und Kliniken in erheblichem Maße. Zwischen Jugendämtern und Kliniken ist dies nicht der Fall. Zwar nimmt die Zufriedenheit der Kliniken mit den Jugendämtern in zwei Regionen zu, umgekehrt stagniert sie jedoch oder nimmt sogar ab. In den folgenden Abschnitten stellen wir die Ergebnisse im Einzelnen dar und bieten einige Interpretationen und Empfehlungen dazu an.

13.1.2 Vergleich der Erhebungen zur Zufriedenheit Pretest (t1) – Posttest (t2) über alle drei Projektregionen und für alle vier Perspektiven: Zusammenarbeit von Einrichtungen und Kliniken

Einrichtungen (E) insgesamt:

Für t1 lagen 91 beantwortete Fragebögen aus 9 Heimen vor, für t2 79. Die Zufriedenheit insgesamt bei geplanten Diagnostiken/Behandlungen nahm zu (von 61,5% auf 75,9%), den größten Anteil hierbei hatte die abnehmende Unzufriedenheit (von 17,3% auf 6,3%), es gab aber auch eine leichte Abnahme bei den sehr Zufriedenen (von 21,2% auf 17,6%). Die Zufriedenheit in der Zusammenarbeit in Krisenfällen stieg von 40% auf 67,1%, also um 27,1%, hier sank die Unzufriedenheit um 21,1% von 34% auf 12,9%, aber auch die sehr Zufriedenen verringerten sich um 5,4% von 24% auf 18,6%.

Kliniken (K) insgesamt:

Für t1 lagen 44 beantwortete Fragebögen aus 3 Kliniken vor, für t2 36.

Die Gesamtzufriedenheit bei geplanten Diagnostiken/Behandlungen nahm um 8,6% zu (von 72% auf 80,6%), den größten Anteil hierbei hatte die abnehmende Unzufriedenheit (von 20% auf 5,6%). Es gab auch eine leichte Zunahme um 5,9% bei den sehr Zufriedenen (von 8% auf 13,9%). Die Zufriedenheit in der Zusammenarbeit in Krisenfällen stieg um 29,4% auf 79,4%, hier sank die Unzufriedenheit um 34,4%, die Zahl der sehr Zufriedenen stieg von 0 auf 8,8%.

Fragen zur Strukturqualität

E (Einrichtungen): Die Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit von zuständigen Mitarbeiter/-innen in der Ambulanz veränderte sich kaum: plus 4,1% (von 25% auf 29,1%) sehr Zufriedene, minus 7,2% (65,4% auf 58,2%) Zufriedene, plus 3% (von 9,6% auf 12,7%) Unzufriedene; stärker verschoben sich die Werte mit Blick auf die Stationen. Hier nahm die Zahl der sehr Zufriedenen um 18,8% ab (von 34,1% auf 15,3%), die Zufriedenen stiegen um 27,4% (52,3% auf 79,7%) und die Unzufriedenen verringerten sich um 8,6% (von 13,6% auf 5,1%).

K (Kliniken): Die Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit von zuständigen Mitarbeiter/-innen in der Einrichtung nahm deutlich zu. Sehr zufrieden waren jetzt 25% der Befragten (plus 18,2%), die Zahl der Zufriedenen lag bei 58,3% (minus 3%), unzufrieden waren noch 16,7% (minus 3,8%), sehr unzufrieden war niemand mehr (minus 11,4%).

E: Feste Ansprechpartner für einen jungen Menschen in der Klinik sind ein wichtiger Faktor für gute Zusammenarbeit. Hier gab es für den Bereich der PIA (Psychiatrische Instituts-Ambulanz) eine deutliche Verschiebung in Richtung sehr Zufriedener (plus 26,3%, von 25% auf 51,3%) und zwar sowohl von bisher Zufriedenen (minus 13,8%, von 51,8% auf 38,2%), aber auch Unzufriedenen (minus 12,6%). Für die Stationen pendelte sich das Spektrum hingegen bei Zufrieden ein (plus 14,7%, von 58,1% auf 72,9%) dabei minus 9,1% (20,9% zu 11,9%) sehr zufrieden und minus 5,7% unzufrieden).

K: Kontinuierliche Ansprechpartner für einen jungen Menschen in der Einrichtung sind ebenso ein wichtiger Faktor für gute Zusammenarbeit. Aus Sicht der Klinik gab es hier zunehmende Zufriedenheit: die Zahl der sehr Zufriedenen stieg von 21,1% auf 29,4% (plus 8,4%), die Zufriedenen von 42,1% auf 58,8% (plus 16,7%). Unzufrieden waren nur noch 8,8% (minus 25,4%) und sehr unzufrieden 2,9%, 0,3% mehr als bei t1.

E: Hinsichtlich der Verbindlichkeit von Terminvereinbarungen gab es nur geringe Unterschiede zwischen t1 (89% sehr zufrieden und zufrieden) und t2 (86,7% sehr zufrieden und zufrieden).

K: Bei der Verbindlichkeit von Terminvereinbarungen wuchs die Zufriedenheit. 23,5% waren sehr zufrieden (plus 8,9%), zufrieden waren 58,8% (minus 4,6%), unzufrieden nur noch 11,8% (minus 2,9%) und sehr unzufrieden 5,9% (minus 1,4%).

Fragen zur Prozessqualität

E: Der Zeitraum (Dauer) zwischen Anfrage bei der Klinik und Beginn einer Diagnostik/Behandlung wurde bei t2 zufriedener erlebt: 31,4% waren zufriedener als vor-

her (t1:29,8%, t2:61,2%), mit Zuwächsen vor allem von den Unzufriedenen (minus 12,1%) und sehr Unzufriedenen (minus 12,8%), aber auch leichtem Rückgang der sehr Zufriedenen (minus 6,6%, von 17% auf 10,4%). Die Zufriedenheit mit der Kooperation während der Wartezeit stieg um 4,8% (von 15,2% auf 20%) bei sehr zufrieden und um 15,7% (von 50% auf 65,7%) bei zufrieden, hier ließ die Unzufriedenheit deutlich, nämlich um 19,8% nach.

K: Der Zeitraum (Dauer) zwischen Anfrage bei der Klinik und Beginn einer Diagnostik/Behandlung wurde bei t2 deutlich zufriedenstellender erlebt: 82,8% waren zufrieden (vorher: 76,5%), mit Zuwachs vor allem von den Unzufriedenen (minus 7,3%), aber auch leichtem Anstieg der sehr Zufriedenen (plus 1% auf jetzt 6,9%). Die Zufriedenheit mit der Kooperation während der Wartezeit verschob sich aus zwei Richtungen auf mehr Zufriedene: nur noch 6,9% waren sehr zufrieden (minus 8,9%) und 10,7% waren weniger unzufrieden (t2: 10,3%), zufrieden waren jetzt 79,3% (plus 16,2%); sehr unzufrieden waren hier jetzt erstmals 3,4%.

E: Die Klärung von Aufträgen und Zielen vor (stationären) Diagnostiken und Behandlungen mit den Einrichtungen zeigte einen Anstieg der Zufriedenen von 51% auf 66%, bei einem Rückgang um 5,1% (16,3% zu 11,3%) bei sehr zufrieden und minus 8,1% bei unzufrieden. Deutlicher war die Bewegung bei der Klärung mit den Personensorgeberechtigten: hier ging die Unzufriedenheit um 16,3% zurück. Das Ergebnis pendelte sich bei 69,2% Zufriedenen ein (plus 17,1%) und ging bei sehr zufrieden leicht, nämlich um 1,6% (auf 9,2%) zurück. Ein weites Spektrum an Einschätzungen gibt es bei diesem Thema mit Blick auf die Auftragsklärung der Klinik mit dem Jugendamt aus Sicht der Einrichtungen: 13,2% sind hier sehr zufrieden (plus 2,1%), 66% zufrieden (minus 7,3%), immerhin 17% sind unzufrieden (plus 1,4%) und 3,8% antworten erstmals mit „sehr unzufrieden“.

K: Die Klärung von Aufträgen und Zielen vor (stationären) Diagnostiken und Behandlungen durch die Einrichtungen zeigte einen Anstieg der Zufriedenen von 50% auf 68,6% (plus 18,6%), bei einem Rückgang um 3,6% bei sehr zufrieden auf jetzt 11,4% und minus 17,9% bei unzufrieden auf 17,1%. Sehr unzufrieden waren hier erstmals 2,9%. Ähnlich war die Bewegung bei Klärungen und Absprachen mit den Personensorgeberechtigten: hier ging die Unzufriedenheit um 22,6% zurück. Das Ergebnis pendelte sich bei 57,6% zufrieden ein (plus 16,4%), nahm bei sehr zufrieden leicht um 1,5% auf 9,1% und bei sehr unzufrieden um 3% zu. Ein ähnliches Spektrum an Einschätzungen gibt es bei diesem Thema mit Blick auf die Auftragsklärung der Einrichtungen mit dem Jugendamt aus Sicht der Kliniken: 6,3% sind hier sehr zufrieden (plus 1,3%), 68,8% zufrieden (plus 13,8%), immerhin 21,9% sind noch unzufrieden (minus 13,1%) und 3,1% antworten mit „sehr unzufrieden“ (minus 1,9%).

E: Wie wird die Beteiligung der Kinder/Jugendlichen vor einer Diagnostik/Behandlung in der Klinik bewertet? 18% waren hier unzufrieden (minus 12,2%), 4,7% antworteten erstmals „sehr unzufrieden“, die Zahl der Zufriedenen stieg leicht (4,6%) von 54,8% auf 59,4% und der sehr Zufriedenen von 14,3% auf 17,2%.

K: Aus Sicht der Kliniken wird die Beteiligung der Kinder/Jugendlichen wie folgt bewertet: 16,7% waren hier noch unzufrieden (minus 28,3%), 3,3% antworteten „sehr unzufrieden“ (minus 1,7%), die Zahl der Zufriedenen stieg um 33,3% von 40% auf 73,3% und die der sehr zufriedenen sank leicht von 10% auf 6,7%.

E: Während der Diagnostiken und stationärer Aufenthalte von Kindern und Jugendlichen waren in der zweiten Befragungsrunde 22,4% sehr zufrieden (plus 7,5%) mit der Zusammenarbeit mit der Klinik, eine leichte Verschiebung gab es aus den drei anderen Kategorien in Richtung höherer Zufriedenheit (zufrieden 64%/minus 3,9%; unzufrieden 13,4%/minus 1,5%; niemand sehr unzufrieden/minus 2,1%). Deutlicher war die Bewegung zu mehr Zufriedenheit bei Krisenunterbringungen. Hier nahm die Zahl der Unzufriedenen um 10,6% auf 24,1% ab, die Zufriedenen stiegen um einen annähernd gleichen Wert auf 51,7% (plus 10,4%) und die sehr Zufriedenen nahmen um 0,2% auf 24,1% zu.

In dieser Phase wurden die Absprachen/Kontakte der Klinikmitarbeiter/-innen mit den Personensorgeberechtigten der Kinder und Jugendlichen so eingeschätzt: 11,5% sagten, sie seien sehr zufrieden (plus 1,3%), 60,7% zufrieden (plus 4,1%), nur noch 27,9% waren unzufrieden (minus 4%) und niemand war sehr unzufrieden (minus 1,4%).

K: Während Diagnostik/stationärer Aufenthalte von Kindern und Jugendlichen waren in der zweiten Befragungsrunde 18,2% sehr zufrieden (minus 0,9%) mit Kontakten/Absprachen mit den Einrichtungsmitarbeiter/-innen, 66,7% waren zufrieden (plus 4,8%), die Zahl der Unzufriedenen nahm um 13% ab (t2: 6,1%), dafür stiegen die Angaben für „sehr unzufrieden“ erstmals von 0 auf 9,1%. Deutlicher war die Bewegung zu mehr Zufriedenheit bei Krisenunterbringungen. Hier nahm die Zahl der Unzufriedenen um 29,7% auf 17,6% ab, die Zahl der Zufriedenen stieg auf 70,6% (plus 39%), die sehr Zufriedenen nahmen gleichzeitig um 12,2% auf jetzt 8,8% ab, die sehr Unzufriedenen um/auf 2,9% zu.

In dieser Phase wurden die Kontakte der Einrichtungsmitarbeiter/-innen mit den Kindern und Jugendlichen so eingeschätzt: 13,3% sagten, sie seien sehr zufrieden (plus 2,2%), 73,3% zufrieden (plus 34,4%), nur noch 13,3% waren unzufrieden (minus 31,1%) und sehr unzufrieden war niemand mehr (minus 5,6%).

E: Die Einschätzung der Zufriedenheit mit schriftlichen Stellungnahmen/Diagnosen und deren Erläuterung änderte sich kaum. 17,9% waren sehr zufrieden (plus 0,6%), 67,2% zufrieden (plus 1,7%), 14,9 unzufrieden (plus 1,3%) und niemand war mehr

sehr unzufrieden (minus 3,7%). Die Beantwortung von Fragen, die im Rahmen von Diagnostiken/Behandlungen gestellt werden, wurde deutlich zufriedenstellender erlebt: 31,1% waren jetzt sehr zufrieden (plus 14,5%), 65,5% zufrieden (plus 1,5%), nur noch 3,3% waren unzufrieden (minus 13,4%) und es gab keinen sehr Unzufriedenen mehr (minus 2,6%).

K: Die Einschätzung der Zufriedenheit mit schriftlichen Informationen/Berichten und deren Erläuterung änderte sich aus Sicht der Kliniken wie folgt: 21,9% waren jetzt sehr zufrieden (plus 12,5%), 68,8% zufrieden (minus 3,1%), 6,3% waren unzufrieden (minus 12,5%) und 3,1% waren sehr unzufrieden (plus 3,1%). Die Beantwortung von Fragen, die im Rahmen von Diagnostiken/Behandlungen gestellt werden, wurde zufrieden stellender erlebt: 6,1% waren sehr zufrieden (minus 2,3%), 87,9% waren jetzt zufrieden (plus 12,9%), nur noch 6,1% waren unzufrieden (minus 10,6%) und unverändert niemand war sehr unzufrieden.

E: Deutlich stieg auch die Zufriedenheit mit der Beteiligung von Klinikmitarbeiter/-innen an Fallbesprechungen: 36,1% waren jetzt sehr zufrieden (plus 19,7%), 48,6% waren zufrieden (plus 3,8%), nur noch 13,9% waren unzufrieden (minus 16%) und 1,4% waren noch sehr unzufrieden (minus 7,6%).

K: Auf Seiten der Kliniken stieg umgekehrt auch die Zufriedenheit mit der Beteiligung von Einrichtungsmitarbeiter/-innen an Fallbesprechungen: 17,9% waren jetzt sehr zufrieden (plus 6,4%), 60,7% waren zufrieden (plus 12,1%), nur noch 17,9% waren unzufrieden (minus 16,4%) und 3,6% waren noch sehr unzufrieden (minus 2,1%).

E: Es wurde gefragt, wie umsetzbar Empfehlungen der Klinik an die Einrichtung erscheinen. Hier stiegen die Antworten „sehr zufrieden“ von 5% auf 18,3% (plus 13,3%), zufrieden waren zum zweiten Zeitpunkt 60,6% (plus 8,1%), die Unzufriedenen nahmen um 15,1% auf jetzt 21,1% ab und niemand war mehr sehr unzufrieden, ein Rückgang um 6,3%.

K: Hier wurde gefragt, wie Empfehlungen der Klinik in der Einrichtung umgesetzt werden. Die Antworten „sehr zufrieden“ stiegen von 2,6% auf 19,4% (plus 16,7%), zufrieden waren zum zweiten Zeitpunkt 58,1% (plus 5,4%), die Unzufriedenen nahmen um 26% auf jetzt 16,1% ab und sehr unzufrieden waren 6,5%, eine Zunahme um 3,8%.

E: Mit der Abstimmung der Dauer eines Klinikaufenthalts bei geplanten stationären Behandlungen waren die meisten Befragten zufrieden (72,7%, plus 14,2%). Am stärksten sank die Einschätzung „unzufrieden“ (14,5%, minus 19,6%), die sehr Zufriedenen nahmen leicht (plus 3,6%) auf 10,9% zu, die sehr Unzufriedenen stiegen von 0 auf 1,8%. Bei Krisenunterbringungen war die Bewegung in Richtung höherer Zufriedenheit deutlicher: hier waren jetzt 32,1% sehr zufrieden (plus 14,4%), 44,6%

zufrieden (plus 4,6%), nur noch 23,2% unzufrieden (minus 19%) und unverändert niemand sehr unzufrieden.

K: Auch in den Kliniken waren jetzt die meisten mit der Abstimmung über die Dauer eines Klinikaufenthaltes bei geplanten stationären Behandlungen zufrieden (83,3%, plus 31%). Am stärksten sank die Einschätzung „unzufrieden“ (6,7%, minus 26,7%), die sehr Zufriedenen nahmen leicht (minus 4,3%) auf 10% ab, unverändert niemand war sehr unzufrieden. Bei Krisenunterbringungen war die Bewegung in Richtung höherer Zufriedenheit geringer: Hier waren 3,3% sehr zufrieden (minus 2,5%), 70% zufrieden (plus 11,2%), nur noch 20% unzufrieden (minus 15,3%) und 6,7% waren jetzt sehr unzufrieden.

E: Die Zufriedenheit mit der Kooperation rund um Entlassungen nach geplanten stationären Aufenthalten änderte sich geringfügig in Richtung Zufriedenheit: sehr unzufrieden waren nur noch 11,5% (minus 4,3%), 73,1% waren zufrieden (plus 4,7%) und 15,4% waren immer noch unzufrieden (minus 0,4%). Hier veränderte sich die Einschätzung bei der Frage in Bezug auf Kriseninterventionen sichtbarer: zwar waren 4,5% weniger Befragte noch sehr zufrieden (t2: 10,9%), die Zufriedenen nahmen aber um 24,6% auf 63% zu, wesentlich gespeist durch 17,5% weniger Unzufriedene (nur noch 26,1% statt vorher 43,6%), niemand war mehr sehr unzufrieden (minus 2,6%).

K: Die Zufriedenheit mit der Kooperation rund um Entlassungen nach geplanten stationären Aufenthalten änderte sich ebenfalls geringfügig in Richtung Zufriedenheit: Sehr unzufrieden waren jetzt 3,1% (plus 3,1%), 59,4% waren zufrieden (minus 10,6%) und 28,1% waren immer noch unzufrieden (minus 1,9%), dafür waren jetzt erstmals 9,4% sehr zufrieden. Auch hier veränderte sich die Einschätzung bei der Frage in Bezug auf Kriseninterventionen: 6,9% der Befragten war jetzt sehr zufrieden (t1: 0%), die Zufriedenen nahmen um 11,8% auf 69% zu, 22,2% waren weniger unzufrieden (nur noch 20,7% statt vorher 42,9%), sehr unzufrieden waren jetzt 3,4% (plus 3,4%).

E: Aus Sicht der Einrichtungen gab es den größten Rückgang Unzufriedener bei der Einschätzung der Zusammenarbeit mit der Klinik in der Phase nach der Entlassung eines Kindes/Jugendlichen. Bei geplanten Diagnostiken/stationären Aufenthalten waren bei der ersten Befragung noch 42,5% der Befragten unzufrieden, bei der zweiten hingegen nur noch 8,9% (minus 33,6%). Die Zufriedenheit stieg auf 67,9% (plus 22,9%) und sehr zufrieden waren jetzt 17,9% (plus 5,4%). Immerhin 5,4% waren erstmals sehr unzufrieden. Nach Kriseninterventionen bestätigte sich diese Bewegung: die Unzufriedenen nahmen um 34,4% auf nunmehr 14,3% ab, die Zufriedenen auf 69,4% zu (plus 26,1%), 12,2% waren sehr zufrieden (plus 4,1%) und 4,1% sehr unzufrieden (plus 4,1%).

K: Aus Sicht der Kliniken gab es einen deutlichen Rückgang Unzufriedener bei der Einschätzung der Zusammenarbeit mit den Einrichtungen in der Phase nach der Entlassung eines Kindes/Jugendlichen. Bei geplanten Diagnostiken/stationären Aufenthalten waren bei der ersten Befragung noch 40% der Befragten unzufrieden, bei der zweiten hingegen nur noch 12,9% (minus 27,1%). Die Zufriedenheit stieg auf 71% (plus 21%) und sehr zufrieden waren jetzt 12,9% (plus 2,9%). Immerhin 3,2% waren erstmals sehr unzufrieden. Nach Kriseninterventionen nahmen die Unzufriedenen nahmen um 13,9% auf nunmehr 21,4% ab, die Zufriedenen auf 71,4% zu (plus 18,5%), 7,1% waren sehr zufrieden (minus 4,6%) und unverändert niemand war sehr unzufrieden.

13.1.3 Zur Einschätzung der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit von Einrichtungen und Kliniken

Nach den vorliegenden Ergebnissen verändert sich die Einschätzung der Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen und Kliniken in 70% der erfassten Kriterien in Richtung größerer Zufriedenheit (zufriedene und sehr zufriedene Antworten zusammengefasst), die Steigerung liegt oftmals in 2stelliger Höhe und beträgt maximal 39%. In 30 % der Kriterien ist zugleich eine leichte Abnahme der Zufriedenheit zu verzeichnen (meist unter 10%, maximal 12%).

Eine nahe liegende Interpretation wäre wohl, dass die angebotenen, gewünschten und in Anspruch genommenen Module des klinischen Leistungsspektrums (Sprechstunde vor Ort, Fortbildung, Fallberatung) sowie das gegenseitige Kennenlernen und die Arbeitsgruppen zu Kooperationsvereinbarungen und Krisenmanagement) wesentlich zur Verbesserung der Kooperation beitragen.

Zufriedenheitswerte von über 80 und 90% (sehr zufriedene und zufriedene Antworten zusammengenommen) sind häufig zu finden und werden durch entsprechende inhaltliche Rückmeldungen von Projekteilnehmenden unterlegt.

Demgegenüber ist festzustellen, dass es in zahlreichen Bereichen immer noch 20 -30% unzufriedene und sehr unzufriedene Mitarbeiter/-innen gibt. Dies betrifft z.B. den gesamten Prozess der Auftrags- und Zielklärung vor stationären Aufnahmen in den Kliniken. Hierin stimmen Einrichtungen und Kliniken überein, auch darin, dass die Klärung mit den Sorgeberechtigten die höchsten Unzufriedenheitswerte erhält.

Ebenso übereinstimmend findet sich relativ hohe Unzufriedenheit in verschiedenen Phasen des Umgangs mit Krisen, bei der Umsetzung von Empfehlungen und – allerdings nur aus Sicht der Einrichtungen - bei der Wartezeit zwischen erster Anfrage und Beginn der Diagnostik bzw. Aufnahme.

Die Gründe dafür sind vermutlich vielfältig und lassen sich auf der Basis des vorliegenden Materials nicht erschließen, doch zeigen diese Resultate weitere Entwicklungspotentiale und -notwendigkeiten auf. Sie könnten Gegenstand weiterer gemeinsamer Gespräche und Reflexionen von Kliniken und Einrichtungen sein.

Die subjektiv verbesserte Zufriedenheit von Projektteilnehmer/-innen bedeutet noch nicht, dass sich die Zusammenarbeit auf der Handlungsebene entsprechend verbessert und positive Wirkungen auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen hat.

Offen ist ferner die Frage der Nachhaltigkeit der Veränderungen. Kooperation im Bereich sozialer Dienstleistungen hängt von Menschen ab. Jeder Wechsel von Personen kann die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit wesentlich verändern. Auch verbindliche Verfahrensregelungen können dies nur begrenzt beeinflussen

13.1.4 Die Kooperation zwischen Jugendämtern und Kliniken

Für t1 (Pretest) lagen von 7 Jugendämtern 44 beantwortete Fragebögen vor, für t2 (Posttest) 42; bei den drei Kliniken (Ambulanzen und Stationen) waren es für t1 37 beantwortete Fragebögen vor, für t2 46.

Wir hatten darum gebeten, dass nur diejenigen den Fragebogen beantworten, die in den vergangenen 12 Monaten eine tatsächliche fallbezogene Zusammenarbeit mit der jeweiligen Institution wegen eines nach § 34 SGB VIII untergebrachten Kindes/Jugendlichen hatten. Die geringe Zahl der Fragebögen macht aufmerksam darauf, dass diese spezifische Kooperationskonstellation eher selten ist. Bei den Jugendämtern ist die Mehrzahl der Fälle eher im Bereich der ambulanten Hilfen zur Erziehung angesiedelt. Die Jugendämter nutzen für Diagnostiken häufig auch andere ambulante Dienste wie z.B. die Erziehungsberatung, den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes oder den Schulpsychologischen Dienst. Sie vermitteln personensorgeberechtigte Eltern dorthin bzw. empfehlen diesen z.B. auch, Leistungen niedergelassener (Fach-)Ärzte oder Psychotherapeuten in Anspruch zu nehmen. Die Leistungen der Kliniken für KJPP sind ein Angebot unter anderen und die sorgeberechtigten Eltern entscheiden, wessen Angebot sie in Anspruch nehmen wollen, ohne dass das Jugendamt auf diese Auswahl mehr als beratenden Einfluss nehmen kann oder darf.

Fremdunterbringungen gibt es in zwei unterschiedlichen Formen: Vollzeitpflege und stationäre Hilfen zur Erziehung mit regional unterschiedlich großen Anteilen. Jugendämter suchen nach verschiedenen Gesichtspunkten sowohl Unterbringungsform als auch –ort für ein Kind/einen Jugendlichen aus. Sie können, müssen aber nicht mit Anbietern in ihrem örtlichen Zuständigkeitsbereich zusammenarbeiten. Wenn ein Kind in einem anderen Landkreis/einer kreisfreien Stadt untergebracht wird, bleibt

das unterbringende Jugendamt zwar solange für Leistungen zuständig, wie die Sorgeberechtigten in seinem Bereich wohnen; die tatsächliche Versorgung z.B. mit ambulanten diagnostischen oder therapeutischen Leistungen wird dann jedoch meistens am Ort der Unterbringung erbracht, es sei denn, das Kind „bringt eine stabile Anbindung mit“ und der Diagnostiker/Therapeut ist weiterhin unter akzeptablen Bedingungen erreichbar.

Die Kliniken ihrerseits arbeiten in ihrem regionalen Versorgungsbereich mit mindestens zwei bis drei Jugendämtern zusammen. Während sich zwischen einer Einrichtung und einer versorgenden Klinik eine relativ stabile Kooperation entwickeln kann, ist das zwischen Jugendämtern und Kliniken schwieriger. Bei Kindern, die fremduntergebracht werden bzw. worden sind, wird ggf. für Diagnostiken bzw. Therapien ebenfalls auf ein (vielerorts eher geringes) Spektrum an ambulanten Möglichkeiten zurückgegriffen. Kliniken werden eher dann in Betracht gezogen, wenn es um eine Verbindung von Diagnostik/Behandlung im klinisch stationären Kontext geht.

Um die Ergebnisse weiterhin einordnen zu können, soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass im Projekt keine Leistungen der Kliniken für die Jugendämter (entsprechend der Module für die Einrichtungen) angeboten wurden. Einige Jugendämter (obere Leitungsebene) nahmen regelmäßig an den AG Kooperationen teil, es gab vereinzelt Vorstellungsbesuche von Klinikmitarbeiter/-innen in den Jugendämtern und umgekehrt, auf Mitarbeiterebene waren die Jugendämter aber nicht direkt Adressaten von Projektleistungen. Die Aufmerksamkeit für das Projekt war demzufolge nicht so hoch wie in den beteiligten Einrichtungen und aufgrund der geringen Zahl an einzubeziehenden Fällen in/mit den einzelnen Jugendämtern lag sie auch nur bei wenigen Mitarbeitern. Lediglich in wenigen, sehr aktiven Jugendämtern wurden gezielter Impulse aus dem Projekt aufgegriffen, die dann in konzeptionelle Überlegungen (Qualitätsstandards) mündeten.

Die Veränderungen der Zufriedenheit mit der Kooperation zwischen t1 und t2 spiegeln so sowohl wieder, wie die Zusammenarbeit wahrgenommen wurde, aber auch, wie sich Erwartungen an die Zusammenarbeit verändert haben, nachdem während des Projekts bessere (realistischere, komplexere) Vorstellungen darüber entstanden, was die jeweils andere Seite zu „guter Arbeit“ beiträgt und beitragen könnte. Die Frage, was „gute Arbeit“ ist, muss immer im Zusammenhang mit der jeweils eigenen Aufgabe gesehen werden. Kooperation mit der anderen Institution kann dann zufrieden machen, wenn sie das tut, was aus eigener Sicht zu einer erfolgreichen Fallbearbeitung notwendig und sinnvoll ist. Zwischen Jugendämtern und Kliniken gibt es hier viele offene Fragen: was ist „ein Fall“, wie lässt er sich verstehen, in welchem rechtlichen Kontext spielt er sich ab, welche normativen Vorgaben beeinflussen Aufgaben, Verfahren, Leistungen und Ziele der Handelnden, welche fachlichen Stan-

dards „guter Arbeit“ gibt es, wer hat mit wem welche Schnittstellen usw.; es hätte wesentlich mehr Gelegenheiten für einen systematischen Austausch zwischen Jugendämtern und Kliniken gebraucht, um an diesen Fragen zu arbeiten, als das Projekt von seinem Konzept her bot. Die bessere Kooperation von Jugendämtern und Kliniken könnte bisher zu wenig ausgeschöpftes Potential erschließen, das gerade im Hinblick auf die im Projekt untersuchte Gruppe von Kinder und Jugendlichen mit ihrer hohen Symptom- und Leidensbelastung und ihrer komplizierten Sozialisation notwendig wäre, um Lebensgefühl und Lebensqualität fremduntergebrachter Kinder nachhaltig zu verbessern.

Zu den Ergebnissen insgesamt

Was bei einer Gegenüberstellung der Veränderungen in der Zufriedenheit zwischen t1 und t2 mit der Kooperation als erstes auffällt, ist, dass beide Seiten nur selten im Einklang mit ihren Bewertungen sind: in vielen Fragen steigt bei Klinikmitarbeiter/-innen die Zufriedenheit an Punkten, an denen sie bei den Jugendämtern sinkt und umgekehrt. Selbst wenn es mehr Zufriedenheit bei beiden an einigen Stellen gibt, dann bleibt der Unterschied immer noch im Maß des Zuwachses und der Richtung, aus der er kommt, erkennbar. Ein Beispiel: die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit nach einer Entlassung nach abgeschlossener Diagnostik/stationärer Behandlung ist bei beiden Seiten um mehr als 24% gestiegen. Bei den Jugendämtern sind gleichzeitig die sehr Zufriedenen um fast 10% gesunken, bei den Kliniken ist der Wert annähernd gleich geblieben.

Ein zweites Beispiel dafür ist „die Beantwortung von Fragen im Rahmen von Diagnostik/Behandlungen“: hier übertrifft das Mehr an Zufriedenheit bei den Jugendämtern das der Kliniken um 6%, die Zufriedenheit ist bei beiden um mehr als 23% gestiegen. Der Wermutstropfen hierbei: die sehr-zufrieden-Nennungen in den Jugendämtern haben gleichzeitig um 14,5% abgenommen, das heißt der Zuwachs an Zufriedenheit wird fast zur Hälfte von sinkender Zufriedenheit gespeist, während in den Beurteilungen von Klinikmitarbeitern auch die „sehr zufrieden“ Nennungen um 6% zugenommen haben. Eine deutliche Aufwärtsbewegung bei den Kliniken und ein sich Einpendeln im Mittelfeld der „einfachen Zufriedenheit“ bei den Jugendämtern.

Zu den Fragen im Einzelnen

Die Gesamtzufriedenheit mit der Kooperation bei geplanten Diagnostiken und Behandlungen:

JÄ (Jugendämter): Die Unzufriedenheit mit der Kooperation bei Diagnostiken/Behandlungen nahm eher zu (von 23,5% auf 30,8%). Den größten Anteil hierbei

hatte die abnehmende Zahl von sehr Zufriedenen (von 8,8% auf 0%), es gab aber auch eine leichte Abnahme bei den Zufriedenen (von 67,6% auf 66,7%) und eine Zunahme der sehr Unzufriedenen von 0 auf 2,6%.

K (Kliniken): Die Unzufriedenheit mit der Kooperation bei Diagnostiken/Behandlungen nahm deutlich ab (von 43,3% auf 13%). Den größten Anteil hierbei hatten die zunehmende Zahl von sehr Zufriedenen (von 3,3% auf 13%) und die Zunahme bei den Zufriedenen (von 46,7% auf 73,9%). Die sehr Unzufriedenen nahmen um 6,7% auf 0% ab.

Die Gesamtzufriedenheit mit der Kooperation bei Krisenfällen:

JÄ: Die Zufriedenheit in der Zusammenarbeit in Krisenfällen sank um 14,7% auf jetzt 45,9%, hier stieg die Unzufriedenheit um 9,6% auf 45,9%, die Zahl der sehr Zufriedenen stieg um 2,4% auf 5,4%, ähnlich die der sehr Unzufriedenen (von 0% auf 2,7%).

K: Die Zufriedenheit in der Zusammenarbeit in Krisenfällen stieg um 34,5% auf jetzt 63%, hier sank die Unzufriedenheit um 26,3% auf 26,1%, die Zahl der sehr Zufriedenen sank minimal um 0,4% auf 4,3%, deutlicher die der sehr Unzufriedenen (von 14,3% auf 6,5%).

Fragen zur Strukturqualität

Die Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit von fallzuständigen Mitarbeiter/-innen:

JÄ: Rund 75% der Antworten lauteten „zufrieden“, wobei sich hier ein Zuwachs sowohl mit Blick auf die Ambulanzen wie die Stationen aus der abnehmenden Zahl von „sehr zufrieden“ ergab. Die Zahl der „Unzufriedenen“ blieb konstant.

K: Die Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit von fallzuständigen Mitarbeiter/-innen in den Jugendämtern stieg um 7,3% auf 44,4%, die Unzufriedenen nahmen um 10,2% auf 44,4% zu, d.h. es gab Veränderungen in beide Richtungen.

Die Erreichbarkeit beider Institutionen ist unterschiedlich organisiert. Die Kliniken haben Sekretariate (Psychiatrische Instituts-Ambulanz, PIA), auf den Stationen ist auf jeden Fall das Pflegepersonal meistens gut erreichbar, während es in den Jugendämtern weder personell, zum Teil aber auch technisch (Anrufbeantworter) keine vergleichbare kontinuierliche Erreichbarkeit gibt.

Feste Ansprechpartner, fallbezogen:

JÄ: Hier gab es für die PIA eine Verschiebung in Richtung Unzufriedener (plus 9,4% auf 27%) bei 64,9% Zufriedenen (plus 3,1%), 2,7% sehr Zufriedenen (minus 9,1%) und 5,4% sehr Unzufriedenen (minus 3,4%). Für die Stationen war eine ähnliche Bewegung zu verzeichnen: die sehr Zufriedenen sanken um 3,7% auf 4,9%, die

Zufriedenen um 1,9% auf 61%; die Unzufriedenheit stieg um 8,4% auf 34%, sehr unzufrieden war niemand mehr (minus 2,9%). Tendenz also eher fallende Zufriedenheit.

K: 21,3% waren jetzt sehr zufrieden (plus 13,2%), 51,1% zufrieden (minus 8,4%), 25,5% waren unzufrieden (plus 3,9%), aber 8,7% waren jetzt weniger sehr unzufrieden (2,1%), Tendenz eher steigende Zufriedenheit.

Um verlässlich und fachlich gut zusammenarbeiten zu können, ist es für beide Institutionen wichtig, zu wissen, wer für ein Kind mit welcher Kompetenz zuständig ist. Sowohl in Kliniken als auch Jugendämtern gibt es Personalfluktuation und abwesenheitsbedingte Vertretungsphasen. Während in den Jugendämtern klare Einzelzuständigkeiten für einen Fall bestehen, gibt es in den Kliniken mehrere (mögliche) Ansprechpartner. Wissen darüber, wie „Zuständigkeit“ bei der anderen Institution organisiert ist und eine verbindliche wechselseitige Information, wer für wen mit welchen Aufgaben im Einzelfall zuständig ist, beeinflusst hier die Zufriedenheit in der Kooperation.

Die Verbindlichkeit von Terminvereinbarungen

Die Prozesse in beiden Institutionen sind komplex. Terminabstimmungen können sehr aufwendig sein. Termine verschieben zu müssen, hat Einfluss auf interne Prozesse, und wird daher leicht als behindernd erlebt. Dazu kommt die Wahrnehmung von Dringlichkeit: Terminverschiebungen verlängern meistens Prozesse, d.h. ein gewünschtes Ergebnis verzögert sich.

JÄ: Die Zahl der sehr Zufriedenen sank um 8,4% auf jetzt 9,8%, zufrieden waren 70,7% (plus 7,1%), die Unzufriedenen nahmen um 5,9% auf 19,5% zu und niemand war mehr sehr unzufrieden (minus 4,5%), Tendenz also fallende Zufriedenheit.

K: Bei der Verbindlichkeit von Terminvereinbarungen stieg die Zahl der sehr Zufriedenen um 17,5% auf jetzt 26,1%, zufrieden waren 56,5% (minus 14,9%), die Unzufriedenen nahmen um 3,1% auf 17,4% zu und niemand war mehr sehr unzufrieden (minus 5,7%), Tendenz steigende Zufriedenheit.

Bei relativ hoher Zufriedenheit auf beiden Seiten besteht doch rund in jedem fünften Fall Unzufriedenheit mit der Verbindlichkeit von Terminvereinbarungen. Die Frage, ob sich hier besser organisieren oder besser kommunizieren ließe, wäre ein Punkt für die gemeinsame weitere Qualitätsentwicklung.

Fragen zur (Hilfe-)Prozessqualität

Im folgenden Teil werden die „erfolgskritischen“ Phasen im gemeinsamen Arbeitsprozess beschrieben: die Phase zu Beginn der Kooperation im Einzelfall, die Phase während der Klinikaktivitäten, die Phase der Entlassung/ Beendigung und die Zu-

sammenarbeit „danach“. Im ersten Teil geht es um geplante Diagnostiken/ Behandlungen und stationäre Klinikaufenthalte, im zweiten dann um Kriseninterventionen.

Beginn der Kooperation im Einzelfall: Wartezeiten – Dauer und Kooperation

JÄ: Die Zufriedenheit mit der Wartezeit zwischen Anfrage bei der Klinik und Beginn einer Diagnostik/Behandlung verringerte sich zwischen t1 und t2 weiter, mit Zuwächsen vor allem bei den Unzufriedenen (plus 7% auf jetzt 61,5) und sehr Unzufriedenen (plus 3,3% auf jetzt 15,4%).

Anders das Bild bei den Kliniken: 7.9% waren jetzt sehr zufrieden (plus 3,9%), 65,8% waren zufrieden (plus 29,8%), mit Abnahmen bei den Unzufriedenen (minus 21,7% auf jetzt 26,3%) und sehr Unzufriedenen (minus 12% auf jetzt 0%).

Da die Länge der Wartezeit von den Ressourcen und Prioritätensetzungen der Klinik abhängt, gibt die wachsende Unzufriedenheit der Jugendämter einen Eindruck davon, dass ihre Erwartungen an eine gemeinsame Abstimmung über Dringlichkeiten eher gewachsen sind, ihre Einflussmöglichkeiten dagegen als gering angesehen werden. Eine ähnliche Bewegung gab es bei der Frage, wie während der Wartezeit die Kooperation bewertet wird:

JÄ: Die Zufriedenheit mit der Kooperation während der Wartezeit sank um 6,6% bei „sehr zufrieden“ auf 2,5%, 57,5% blieben zufrieden, hier stieg die Unzufriedenheit um 1,7% auf 35% und auf 5% sehr Unzufriedene.

K: Die Zufriedenheit mit der Kooperation stieg um 2,8%% bei „sehr zufrieden“ auf 10,5%, 60,5% waren zufrieden (plus 22,1%), hier sanken die Unzufriedenheit um 16% auf 26,3% und sehr Unzufriedene um 8,9% auf nur noch 2,6%.

Die abnehmende Zufriedenheit bei den Jugendämtern und die deutlich zunehmende Zufriedenheit bei den Kliniken weisen darauf hin, dass die Frage, wie die Wartezeit produktiv für vorbereitende Abstimmungen genutzt werden kann, vor allem auf Seiten der Jugendämter noch nicht ausreichend beantwortet ist. Das kann an Unklarheiten liegen („Wer was wozu mit wem?“) oder auch an dem Eindruck, dass Anliegen in dieser Phase (im Sinne des eigenen Auftrags als Jugendamt) nicht genug Einfluss auf Prozesse in der Klinik haben. Klinikmitarbeiter/-innen können hier eher zufriedener werden, wenn das, was sie für ihre internen Aufgaben brauchen, während der Wartezeit erledigt wird.

Klärung von Aufträgen und Zielen vor Diagnostiken und stationären Aufnahmen:

Aufträge und Ziele zu besprechen und zu klären ist ein mehrseitiger Prozess, in den Jugendämter, Klinik, stationäre Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung, die Personensorgeberechtigten und die Kinder/Jugendlichen einbezogen werden müssen.

Die Abstimmung zwischen Jugendämtern und Kliniken:

JÄ: Hier zeigte sich ein Anstieg der Unzufriedenen von 24,2% auf 35,9% und sehr Unzufriedenen von 3% auf 10,3%, bei einem Rückgang allein um 21% bei den Zufriedenen (t1: 69,7%; t2: 48,7%). Sehr zufrieden waren jetzt 5,1% (plus 2,1%).

K: Bei den Klinikmitarbeiter/-innen wiederum gab es einen Anstieg der Zufriedenen von 32,1% auf 59,1% und sehr Zufriedenen von 7,1% auf 9,1%, bei einem Rückgang um 19,2% bei den Unzufriedenen (t1: 46,4%; t2: 27,3%). Sehr unzufrieden waren jetzt 4,5% (minus 9,7%).

Während also bei den Jugendämtern wachsende Unzufriedenheit besteht, wuchs umgekehrt die Zufriedenheit bei Klinikmitarbeiter/-innen, oder in anderen Worten: Klinikmitarbeiter/-innen scheinen den Klärungsprozess vor dem Beginn eines in ihrem Kontext laufenden Prozesses für ihre Aufgaben befriedigender zu erleben als bei t1, Jugendamtsmitarbeiter/-innen dagegen für ihre Aufgaben nicht.

Der Einbezug der Personensorgeberechtigten:

JÄ: Hier ging die Unzufriedenheit um 8,3% auf 20,7% zurück. Zufrieden waren nun 75,9% (plus 11,3%), die sehr Zufriedenen nahmen um 3% auf 3,4% ab, unverändert niemand war sehr unzufrieden.

K: Ähnlich war die Bewegung bei den Klinikmitarbeiter/-innen: hier blieb die Unzufriedenheit bei 33,3%. Zufrieden waren nun 50% (plus 13%), die sehr Zufriedenen nahmen um 3,4% auf 7,1% zu, sehr unzufrieden waren nur noch 9,5% (minus 16,4%).

Personensorgeberechtigte Eltern auf eine Leistung der KJP vorzubereiten, ihr Einverständnis zu gewinnen und sie, wenn möglich als aktiven Teil des beginnenden Prozesses zu aktivieren, erleichtert Diagnostiken und Behandlungen und erhöht günstigenfalls den Erfolg der KJPP-Leistungen. Neben formellen Fragen (wer ist zuständig für welchen Schritt in Zusammenarbeit mit Personensorgeberechtigten) spielt auch die Gestaltung der professionellen Beziehung zu ihnen eine Rolle. Im Vorfeld von Diagnostiken/Behandlungen wäre es wichtig, dass es eine gute Abstimmung zwischen Jugendamt und Klinik darüber gibt, wer mit welchen Grundbotschaften und welchem Ziel die Kooperation der Sorgeberechtigten mit der KJPP vorbereitet und begleitet.

Wenn im Einzelfall die Personensorgeberechtigten nicht die Eltern sind, sondern ein (Amts-)Vormund, dann beeinflusst dessen professionelles Handeln die Zufriedenheit bei den anderen Beteiligten mit. Soweit es hier um rechtliche Zustimmungen geht, „genügt“ formell korrektes und zügiges Erledigen von Anfragen. Der Einbezug von Vormündern in inhaltliche (psychologisch-pädagogische) Abstimmungsprozesse geht jedoch darüber hinaus und ist seinerseits ein Punkt, der Wissen über und Verständnis für die spezifische Funktion und die Aufgaben von „nicht-elterlichen“ Personensorgeberechtigten erfordert. Die gesetzlichen und konzeptionellen Veränderun-

gen im Vormundschaftsbereich gut mit den Kliniken zu kommunizieren, ist eine wichtige Aufgabe der Jugendhilfe.

Die Klärungsprozesse mit den stationären Einrichtungen der Hilfe zur Erziehung:

Hier geht es darum, wie die Klärungen beider Seiten mit den Einrichtungen als drittem Partner wahrgenommen werden.

JÄ: Ein weites Spektrum an Einschätzungen gibt es mit Blick auf die Auftragsklärung der Klinik mit den Einrichtungen: 3,3% sind hier sehr zufrieden (minus 2,9%), 63,3% zufrieden (plus 0,8%), immerhin 30% sind unzufrieden (minus 1,3%) und 3,3% antworten erstmals mit „sehr unzufrieden“.

K: Einen Zuwachs positiver Einschätzungen gibt es mit Blick auf die Auftragsklärung der Jugendämter mit den Einrichtungen: 5% sind hier sehr zufrieden (plus 1,4%), 60% zufrieden (plus 20,7%), noch 30% sind unzufrieden (minus 9,3%) und 5% antworteten mit „sehr unzufrieden“ (minus 12,9%).

Beide Seiten teilen also ungefähr das Maß an (Un-)Zufriedenheit, die Einschätzungen der Jugendämter verändern sich zwischen t1 und t2 allerdings kaum, die der Klinikmitarbeiter/-innen hingegen deutlich. Ob sich hier nach Wahrnehmung der Kliniken etwas in der Abstimmung zwischen Heimen und Jugendämtern geändert hat, oder „nur“ ihr Wissen über diese Prozesse überhaupt zugenommen hat (Transparenz), kann nicht beurteilt werden. Die relativ hohe Unzufriedenheit könnte jedoch einen Anlass bieten, sich gemeinsam (in einem dreiseitigen) Prozess darüber zu verständigen, wie eine fachliche gute Auftragsklärung in dieser Phase gestaltet sein sollte (Qualitätsstandard/Kooperationsvereinbarung).

Die Beteiligung der Kinder vor einer Diagnostik/Behandlung:

JÄ: Wie wird die Beteiligung der Kinder durch Mitarbeiter/-innen der Klinik aus Sicht der Jugendämter bewertet? 34,3% waren hier unzufrieden (plus 12,1%), 5,7% antworteten erstmals „sehr unzufrieden“, die Zahl der Zufriedenen sank um 14,1% von 74,1% auf 60% und die der sehr Zufriedenen von 3,7% auf 0%.

K: Die Beteiligung der Kinder durch die Jugendämter aus Sicht der Klinikmitarbeiter/-innen wird so beurteilt: 34,1% waren hier unzufrieden (minus 10,3%), 4,9% antworteten „sehr unzufrieden“ (minus 17,3%), die Zahl der Zufriedenen stieg um 20,4% von 25,9% auf 46,3% und die der sehr Zufriedenen von 7,4% auf 14,6%.

Auch hier wieder gegenläufige Trends. Die Beteiligung der Kinder ist für die Jugendhilfe eine gesetzliche Verpflichtung und ein pädagogischer Auftrag. In dieser Phase der dreiseitigen Kooperation ist es wichtig zu wissen, was unter „Beteiligung“ verstanden wird, wie sie ermöglicht und gefördert wird und welche spezifische Wirkung sie im Zusammenhang mit Leistungen der KJP hat. Auch hier gilt das schon bei der Einbeziehung der Sorgeberechtigten oben formulierte: an dieser Stelle sollte ein

gemeinsamer Qualitätsstandard entwickelt und in einer Kooperationsvereinbarung bekräftigt werden. Ein reiner „Verfahrensstandard“ würde der Subjektstellung der Kinder nicht gerecht.

Die Zufriedenheit mit der Kooperation während Diagnostiken, Behandlungen und stationärer Aufenthalte: Hier wurde zunächst nach der Zufriedenheit mit wechselseitigen Absprachen gefragt:

JÄ: von den Jugendamtsmitarbeiter/-innen waren in der zweiten Befragungsrunde 7,7% sehr zufrieden (minus 1,1%), es gab eine leichte Verschiebung in Richtung höherer Zufriedenheit (jetzt 71,8%, plus 7,1%; unzufrieden 17,9%/minus 8,5%, sehr unzufrieden erstmals 2,6%).

K: bei den Klinikmitarbeiter/-innen waren bei t2 15,6% sehr zufrieden (plus 8,4%), eine weitere Verschiebung in Richtung höherer Zufriedenheit (jetzt 66,7%, plus 31%); unzufrieden waren nur noch 15,6% (minus 30,9%), sehr unzufrieden noch 2,2% (minus 8,5%).

Die Kommunikation nach dem Beginn einer geplanten KJPP-Leistung scheint für beide Seiten also zufrieden stellender zu verlaufen, bei einer deutlicheren Abnahme der Unzufriedenheit auf Seiten der Kliniken bei t2.

Absprachen/Kontakte mit den Personensorgeberechtigten während Leistungen der Kliniken können sich auf Unterschiedliches beziehen: Informationen geben bzw. bekommen, Abstimmungen über laufende Behandlungen und die Dauer von Prozessen, Kontaktgestaltung zu den Kindern, das Vorbereiten von Anschlussperspektiven.

JÄ: die Zufriedenheit der Jugendamtsmitarbeiter/-innen mit den Kliniken in dieser Frage sank: niemand war mehr sehr zufrieden (minus 11,1%), 74,3% waren zufrieden (minus 3,5%), 25,7% waren unzufrieden (plus 14,6%) und weiterhin niemand war sehr unzufrieden.

K: Die Absprachen/Kontakte der Jugendamtsmitarbeiter/-innen mit den Personensorgeberechtigten der Kinder und Jugendlichen wurden so eingeschätzt: 6,8% sagten, sie seien sehr zufrieden (plus 3,8%), 70,5% zufrieden (plus 25%), 22,7% waren unzufrieden (minus 13,6%) und niemand war mehr sehr unzufrieden (minus 15,2%).

Ein weiteres Beispiel für entgegengesetzte Trends. Auch hier kann es wieder darum gehen, dass sich jede Seite in Bezug auf ihre eigenen Aufgaben fragt, ob die jeweils andere hier gut „zuarbeitet“. Das scheint den Jugendämtern besser zu gelingen und den Kliniken etwas weniger gut. Einen Einfluss kann auch der Kontakt zu den Personensorgeberechtigten selber haben. Wenn sie z.B. im Gespräch mit Jugendamtsmitarbeiter/-innen über ihr Einbezogensein durch die Klinik berichten, bilden sich dort Einschätzungen „aus zweiter Hand“. Eine systematische Befragung der Sorgeberechtigten über ihre Beteiligung im ganzen Leistungsprozess („Kundenbefragung“)

könnte hier den kooperierenden Institutionen gute Anregungen für ihre weitere Qualitätsentwicklung bieten.

Die Abstimmung über die Dauer von Aufenthalten:

JÄ: hier waren 2,5% sehr zufrieden (plus 2,5%) und 47,5% zufrieden (plus 8,1%); die Zahl der Unzufriedenen sank leicht auf 45% (minus 3,5%) und die der sehr Unzufriedenen um 7,1% auf jetzt 5%.

K: 6,8% waren sehr zufrieden (minus 2,7%%) und 72,7% zufrieden (plus 29,9%), die Zahl der Unzufriedenen sank auf 13,6% (minus 19,7%) und die der sehr Unzufriedenen um 7,5% auf jetzt 6,8%.

Bei der Abstimmung der Dauer von Aufenthalten in der Klinik geht es um einen interessanten Punkt: beide Seiten haben für ihre jeweiligen Aufgaben eine mindestens ungefähre Vorstellung von der „angemessenen Dauer“ im Einzelfall. Zugunsten der „angemessenen Dauer“ der jeweils anderen Seite also kürzere oder längere Klinikaufenthalte auszuhandeln, stößt in beiden Systemen auf Grenzen. Die „stärkeren Argumente“ scheinen hier bei den Kliniken zu liegen, da sie wesentlich zufriedener als die Jugendamtsmitarbeiter/-innen auf diese Abstimmungen blicken.

Die Kooperation rund um Entlassungen nach geplanten stationären Aufenthalten

JÄ: Die Zufriedenheit änderte sich geringfügig in Richtung Zufriedenheit: sehr unzufrieden waren nur noch 2,5% (minus 0,5%), 57,5% waren zufrieden (plus 6%) und 30% waren immer noch unzufrieden (minus 3,3%). Sehr zufrieden waren 10% (minus 2,1%).

K: Die Zufriedenheit mit der Kooperation rund um Entlassungen nach geplanten stationären Aufenthalten änderte sich deutlich in Richtung Zufriedenheit: sehr unzufrieden waren nur noch 2,3% (minus 19,1%), 72,1% waren zufrieden (plus 22,1%) und 18,6% waren immer noch unzufrieden (minus 2,8%). Sehr zufrieden waren 7% (minus 0,2%).

Neben der Abstimmung über den Zeitpunkt der Entlassung gehört auch die mindestens ansatzweise Klarheit über die Frage „Wie geht es weiter“ zu den wichtigen Faktoren an dieser Stelle. Gute Kommunikation während des Aufenthaltes sollte die weitere Perspektive deswegen frühzeitig zum Gesprächsthema machen, da hier die Jugendämter eine wichtige Schaltstelle für anschließende Maßnahmen sind.

Die Zusammenarbeit nach der Entlassung

JÄ: die Zahl der sehr Zufriedenen nahm um 9,7% auf 0% ab, dafür stiegen die Zufriedenen um 24,1% auf jetzt 62,9%, die Zahl der Unzufriedenen sank auf 34,3% (minus 10,9%) und die der sehr Unzufriedenen auf 2,9% (minus 3,6%).

K: die Zahl der sehr Zufriedenen nahm um 0,4% auf 7% ab, die Zufriedenen stiegen um 26,7% auf jetzt 67,4%, die Zahl der Unzufriedenen sank auf 20,9% (minus 23,5%) und die der sehr Unzufriedenen auf 4,7% (minus 2,8%).

Die Phase nach der Entlassung aus der Klinik ist aus Sicht beider Institutionen wichtig. Gibt es geeignete Anschlusshilfen, werden sie mit der notwendigen Qualität durchgeführt, bleibt das Kind/der Jugendliche gut im Blick, werden Behandlungserfolge in der Klinik im wieder gewonnenen Alltag außerhalb gesichert und verstetigt, bleibt die Klinik weiter ein verlässlicher Kooperationspartner im Hilfeprozess in der Jugendhilfe – das sind einige der Aspekte, die hier einen Einfluss auf die Zufriedenheit haben können. Auch für diese Phase gibt es weiteren Kommunikationsbedarf auf der konzeptionellen Ebene zwischen Jugendämtern und Kliniken.

Ein Aspekt wurde in unserer Befragung genauer erfragt: Wie umsetzbar erscheinen Empfehlungen der Klinik an die Jugendämter bzw. wie werden Empfehlungen der Klinik durch die Jugendämter umgesetzt?

JÄ: Hier bewegte sich eher wenig: zufrieden mit der Umsetzbarkeit waren jetzt 53,7% (plus 3,7%), unzufrieden waren bei t2 noch 46,3% (minus 1,4%) und sehr unzufrieden war niemand mehr (minus 2,3%).

K: Zufrieden mit der Umsetzung ihrer Empfehlungen waren jetzt 54,5% (plus 14,5%), unzufrieden waren bei t2 noch 31,8% (minus 13,9%), sehr unzufrieden waren noch 4,5% (minus 6,9%) und sehr zufrieden waren 9,1% (plus 6,2%).

Um Empfehlungen als umsetzbar ansehen zu können und Rahmenbedingungen für die tatsächliche Umsetzung zur Verfügung stellen zu können, müssen beide Institutionen das fachliche und sozialleistungsrechtliche Leistungsspektrum des jeweils anderen Partners gut kennen bzw. darüber gut kommunizieren. Zu einer positiven Entwicklung trägt außerdem bei, sich gemeinsam konzeptionell über Bestehendes und notwendiges Noch-Nicht-Bestehendes auseinanderzusetzen. Die unterschiedlichen Planungs- und Steuerungsprozesse in Jugendhilfe und Gesundheitsbereich setzen hier Grenzen, die einzelne Kliniken und Jugendämter nicht einfach überwinden können.

Kriseninterventionen

Kriseninterventionen sind nicht zufällig ein „heißes Eisen“. Während es bei den Kliniken um gelingende Behandlung von psychiatrischen Notfällen geht, lösen Krisenunterbringungen bei Jugendämtern häufig die Frage nach „Was ist hier wirklich los und wie kann das weiter gehen?“ aus. Die unterschiedliche Bedeutung des Begriffes „Krise“ in beiden Institutionen, die jeweiligen unmittelbaren Handlungsaufträge

und die sich daraus ergebende Richtung des weiteren Handelns bieten eine Vielzahl an Konfliktquellen. Das wird auch in der Zufriedenheit mit der Kooperation sichtbar:

Die Kooperation während Kriseninterventionen:

JÄ: Hier nahm die Zahl der Unzufriedenen um 22,9% auf 43,6% zu, die Zufriedenen sanken um 25,4% auf einen Wert 43,6% und die sehr Zufriedenen nahmen um 5,2% auf 5,1% ab. 7,7% nannten erstmals „sehr unzufrieden“.

K: die Zahl der Unzufriedenen nahm um 12,2% auf 37,2% zu, die Zufriedenen stiegen um 11,9% auf einen Wert von 51,2%, die sehr Zufriedenen nahmen um 3,4% auf 7% zu; nur noch 4,7% nannten „sehr unzufrieden“, ein Rückgang um 27,5%.

Die Kooperation bei der Entlassung nach Kriseninterventionen:

JÄ: 2,8% der Befragte waren sehr zufrieden (minus 0,8%), die Zufriedenen nahmen aber um 12,3% auf 36,1% ab, bei 8,1% mehr Unzufriedenen (50% statt vorher 41,9%) und 11,1% sehr Unzufriedenen (plus 4,7%).

K: 2,3% weniger Befragte waren noch sehr zufrieden (t2: 4,9%), die Zufriedenen nahmen aber um 28,8% auf 61% zu, bei 8,9% weniger Unzufriedenen (26,8% statt vorher 35,7%) und 7,3% sehr Unzufriedenen (minus 17,7%).

Beide Seiten sind also nicht allzu zufrieden mit der Kooperation, wobei die Kliniken in der Tendenz zwischen t1 und t2 zufriedener geworden sind und die Jugendämter unzufriedener. Angesichts der Rahmenbedingungen beider Institutionen werden Kriseninterventionen wahrscheinlich immer Interessens- und Auftragskonflikte auslösen. Eine bessere Verständigung zu diesen Prozessen und eine regelmäßige Kommunikation über fachliche Qualität und Standards guter Kooperation können hier aber dazu beitragen, dass strukturelle Konflikte nicht regelmäßig zu Konflikten auf der Einzelfallebene führen.

Fallbezogener Informationsaustausch – „Input“, „Output“ und Fallbesprechungen:

Hier zunächst der Blick auf die Kliniken, da sie als erste Empfänger von Anfragen und Berichten der Jugendämter sind:

K: Ihre Zufriedenheit mit schriftlichen Anfragen, Stellungnahmen und Einschätzungen und deren Erläuterung änderte sich wie folgt: 20,9% waren sehr zufrieden (plus 8,4%), 67,4% zufrieden (plus 11,2%), 11,6% unzufrieden (minus 10,2%) und niemand war mehr sehr unzufrieden (minus 9,4%).

Auch die Beantwortung von Fragen, die im Rahmen von Diagnostiken/Behandlungen gestellt werden, wurde zufrieden stellender erlebt: 12,2% waren sehr zufrieden (plus 5,9%), 70,7% waren zufrieden (plus 23,9%), nur noch 14,6% waren unzufrieden (minus 22,9%) und es gab einen Rückgang um 6,9% bei den sehr Unzufriedenen (2,4%).

JÄ: Die Beantwortung von Fragen, die von Jugendamtsmitarbeiter/-innen im Rahmen von Diagnostiken/Behandlungen gestellt werden, wurde als zufrieden stellender erlebt: zwar waren nur noch 4,8% sehr zufrieden (minus 14,8%), aber 78,6% waren zufrieden (plus 29,8%), nur noch 14,3% waren unzufrieden (minus 15%) und es blieb bei einem sehr geringen Teil sehr Unzufriedener (2,4%). Die Zufriedenheit mit schriftlichen Stellungnahmen/Diagnosen der Kliniken und mit deren Erläuterung änderte sich dagegen kaum. 5,3% waren sehr zufrieden (minus 5,3%), 73,7% zufrieden (plus 5,3%), 21,1% unzufrieden (plus 5,3%) und niemand war mehr sehr unzufrieden (minus 5,3%).

Der Zuwachs an Zufriedenheit mit der Beantwortung von Fragen während klinischer Leistungen deutet auf einen besseren Kommunikationsprozess in dieser Phase hin. Eingangsberichte und schriftliche Stellungnahmen/Diagnosen - also Input- und Output-Dokumente – haben auch immer eine „rein formelle“ Seite; sie lösen bestimmte Handlungsschritte aus, die „zu etwas führen“ sollen (Leistungen gewähren, in Gang setzen). Sich während des Prozess zu verständigen und auftauchende Fragen zu klären, heißt auch, sich mindestens implizit über den Prozess selber zu verständigen. Da die Fallsteuerung während eines Klinikaufenthaltes zum Teil in der Hand der Klinik liegt (obwohl sie parallel weiter beim Jugendamt ausgeübt wird), verbessert eine gelingende Klärung von Fragen während einer laufenden Leistung damit auch die (kooperative) Steuerung.

Beteiligung an Fallbesprechungen:

JÄ: Mit der Beteiligung von Klinikmitarbeiter/-innen an Fallbesprechungen waren zu t2 5,1% sehr zufrieden (minus 8,5%), 66,7% waren zufrieden (plus 14,4%), nur noch 25,6% waren unzufrieden (minus 8,4%), und 2,6% waren jetzt sehr unzufrieden.

K: Die Zufriedenheit mit ihrer Beteiligung an Fallbesprechungen veränderte sich ebenfalls: 11,6% waren sehr zufrieden (plus 3,1%), 58,1% waren zufrieden (plus 9,6%), nur noch 23,3% waren unzufrieden (minus 2,5%), noch 7% waren jetzt sehr unzufrieden (minus 10,2%).

Fallbesprechungen in Jugendämtern können entweder ein Helfergespräch sein („Helferrunde“) oder im Rahmen von Hilfeplangesprächen unter Einbezug der Sorgeberechtigten stattfinden. In unserer Frage wurde nicht differenziert, sondern allgemein nach der Beteiligung gefragt. Fallbesprechungen haben in beiden Varianten eine wichtige Funktion für die weitere Hilfeplanung/Fallsteuerung durch das Jugendamt. Für Klinikmitarbeiter/-innen ist das andererseits eine „Sonder“-Leistung, da sie nicht eindeutig in den entsprechenden Pauschalen und Vergütungen der Krankenkassen vorgesehen ist. Dass hier auf beiden Seiten zunehmende Zufriedenheit konstatiert wurde, ist ein positives Signal für die Zusammenarbeit. Da hier Fragen der

Schweigepflicht berührt sein können, sollten in Kooperationsvereinbarungen auch Mechanismen vereinbart werden, die die Rechte der Kinder/Jugendlichen als Patienten wahren helfen.

13.2 Umfrage zum Therapiebedarf und zur therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

In Arbeitsgruppen und anderen Foren war die defizitäre therapeutische Versorgung von Heimkindern- und -jugendlichen ein strittiges Thema. Fehlende Therapieangebote und -plätze als Folge von Unterversorgung und verfehlter Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zu fehlender Motivation bzw. Motivierbarkeit der Kinder und Jugendlichen zur Therapie wurden kontrovers diskutiert. Daraus entstand auf Initiative einiger Projektteilnehmer/-innen gemeinsam mit uns der Versuch, diesen Fragen im Rahmen einer kleinen Umfrage etwas genauer nachzugehen (Zeitraum 10/2011 bis 01/2012). Es handelt sich dabei um eine Momentaufnahme, deren statistisch-repräsentative Aussagekraft nicht gesichert ist. Sie kann zu weiteren Erkundungsprozessen anregen. Zur weiteren Klärung wäre es zum einen notwendig, den Begriff „Therapie“ genauer und einheitlicher zu definieren und zum anderen den Bezug zur jeweiligen regionalen Versorgungsstruktur herzustellen. Die Ergebnisse enthalten interessante Hinweise und Anregungen:

Acht von neun der am Projekt beteiligten Einrichtungen haben sich auch an dieser schriftlichen Befragung beteiligt. Ihre Angaben bezogen sich auf eine Belegungszahl von 304 Kindern/Jugendlichen.

Für 48% dieser Kinder/Jugendlichen hatte eine sachverständige Fachkraft festgestellt, dass eine therapeutische Versorgung notwendig ist; die Behandlungsempfehlungen hießen:

- 56% Psychologische Psychotherapie (kassenfinanziert/Regelverfahren)
- 37% Psychotherapie
- 41% zusätzlich/ausschließlich andere Therapien (Sprache, Kognition, Motorik, Lerntherapie; ohne: psychopharmakologische Therapie)

35% aller Kinder/Jugendlichen waren aktuell in Therapie, das entspricht 73% derer mit Therapieempfehlung, 7% mit Therapieempfehlung warteten auf einen Therapieplatz, zwischen einem und sechs Monaten, bzw. einem Jahr. 39% der Kinder/Jugendlichen, die therapeutisch versorgt wurden, wurden von niedergelassenen Psychotherapeutinnen (psychologische/ärztliche Therapie/krankenkassenfinanziert) behandelt; 36% wurden aus Mitteln der Jugendhilfe finanziert therapeutisch versorgt,

33% intern in ihren Einrichtungen therapeutisch versorgt (d.h. auch aus Mitteln der Jugendhilfe).

In den Einrichtungen werden unterschiedliche Therapien angeboten, genannt wurden psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie, systemische (Familien-) Therapie, Kunsttherapie und Gruppentherapie; zum Teil wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es nicht um Therapie, sondern um psychologisch-therapeutische Begleitung von Kindern/Jugendlichen geht. In den Einrichtungen beschäftigte Psycholog/-innen sind darüber hinaus an der fachlichen Begleitung der Pädagogen/-innen beteiligt.

Bei 16% der betreuten Kinder/Jugendlichen gab es fundierte Vermutungen, dass sie therapeutische Versorgung bräuchten. Diese Vermutungen wurden von Eltern, Jugendämtern, betreuenden Pädagogen/-innen, vorherigen Einrichtungen, dem KJPD oder dem Familiengericht geäußert. Auf die Frage, was einer Feststellung des Therapiebedarfs durch eine sachverständige Fachkraft im Wege steht, wurde am häufigsten die fehlende Motivation/Mitarbeit der Jugendlichen selber genannt; außerdem Probleme im Hilfeplanprozess (fehlender Hilfeplan), lange Wartezeiten auf diagnostische Abklärung, lange Entscheidungswege bzw. keine/zu geringe Auswahl an verschiedenen Therapierichtungen.

Um diese Hindernisse zu überwinden, wurden folgende Ansatzpunkte benannt:

- verändertes Denken über Psychiatrie, eine Komm-Struktur, Einbeziehung von Eltern/Betreuern;
- schnellere Terminvergabe für Jugendhilfeeinrichtungen, bessere Kooperation mit den Jugendämtern und Eltern im Hinblick auf die diagnostische Abklärung und Einbeziehung der Eltern in den therapeutischen Prozess;
- größere Auswahl an ortsnahen Therapeuten, vereinfachtes Vorgehen bei der Finanzierung;
- geeignete Klinik/Einverständnis Personensorgeberechtigte/Gespräche Jugendamt-Eltern
- Hilfeplangespräch
- unbürokratische Strukturen in den verschiedenen Ämtern, einheitliche Regelungen in Bezug auf Kostenübernahme; Kooperation mit den Eltern; Gespräche;

Die Einrichtungen fühlten sich zu einem erheblichen Teil (zwischen ca. 45 – 66%) vor Aufnahme eines Kindes/Jugendlichen nicht ausreichend über deren eventuell vorliegende psychischen Auffälligkeiten oder die ihrer Familien informiert. Kin-

der/Jugendliche, die eine therapeutische Behandlung/Versorgung außerhalb Ihrer Einrichtung erhielten, waren in der Regel 30 - 40 Min/einfacher Weg unterwegs; die Angaben reichten hier von 5 Min bis zu 2 Stunden. 44% dieser Kinder/Jugendlichen wurden von pädagogischen Mitarbeiter/-innen der Einrichtung zur Therapie begleitet. Dabei geht es um ca. 40 Begleitungen pro Woche. Die nächstgelegene Praxis eines niedergelassenen Therapeuten war zwischen 2 und 60 km entfernt, im Mittel 14 km. Die meisten Therapeuten konnten, wenn auch (sehr) umständlich mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden. Die nächstgelegene Institutsambulanz der KJPP/PIA war zwischen 1 und 60 km entfernt, im Mittel 16 km.

13.3 Befragung von Kindern und Jugendlichen zum Projekt

Die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an allen sie betreffenden Themen und Fragen zu Hilfeleistungen ist entwicklungsfähig (s. Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung). Als bescheidenen Beitrag dazu haben wir versucht, die Meinung der betroffenen Kinder und Jugendlichen zum Projekt einzuholen, und zwar zum Projekt allgemein wie zu den heiminternen Sprechstunden speziell. Die Befragung erfolgte mittels eines kurzen Leitfadens durch ihnen vertraute Bezugspersonen in der Einrichtung, in der Regel die Bezugserzieher/-innen.

13.3.1 Ergebnisse

An der Befragung haben 69 Kinder/Jugendliche in acht Einrichtungen teilgenommen. Die Anzahl der teilnehmenden Kinder pro Einrichtung schwankt zwischen 24 (ca.35%) und 2 (ca.3%).

Einstellung zum Projekt:

Obwohl die befragten Kinder und Jugendlichen vom Projekt mehrheitlich in der Wohngruppe erfahren haben (35, ca. 51%), erstaunt der hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen in den Einrichtungen, die sich an diesen Vorgang der Information nicht mehr erinnern können (20, ca. 29%). Immerhin ca. 19% der Kinder und Jugendlichen (13) haben die Information bei anderen Gelegenheiten, die nicht näher erfasst wurden, bekommen.

Ging es in der ersten Frage darum, wo die Teilnehmenden vom Projekt erfahren haben, beschäftigte sich die zweite Frage damit, von wem sie die Information bekommen haben. Über 2/3 (81%) aller Kinder und Jugendlichen (56 von 69) haben die Information von ihren Bezugserzieherinnen erhalten; die anderen Kinder und Jugendlichen haben die Mitteilung über das Projekt entweder von der Leitung oder von Therapeut/-innen erhalten.

Immerhin 28 Kinder/Jugendliche (ca. 41%) haben ihre Haltung zum Projekt in einem kurzen Satz oder mit einem Begriff mitgeteilt; 39 (ca. 57%) haben keine eigene Meinung geäußert (eine Seite fehlt und ein Kind hat keine Angaben gemacht). Die Antworten zeigen eine überwiegend positive Haltung zur Sprechstunde und beziehen sich auf die Person der Therapeut/-innen, der Wertschätzung entgegengebracht wird (z. B „ich finde es gut, zu Herrn H. zu gehen“ oder „ich gehe gern zu Herrn S.“ oder „ich finde gut, dass Frau F. herkommt“), auf die Wirksamkeit (z.B. „es ist ganz ok, weil ich meinen Kopf frei bekomme von meiner Kindheit“, „ich wurde gut beraten, dass ich es so richtig mache. Und auf dem richtigen Weg bin.“), lassen eine pragmatische Einstellung (z.B.“ in Ordnung, mit Herrn S. konnte man gut reden; dass dafür Freizeit geraubt wurde, war nicht so schön“) und die Anstrengung erkennen („nicht gut, weil Gespräche anstrengend sind“, “ich finde das nicht so prickelnd“); nur in Einzelfällen wird die Therapie abgelehnt (z.B. „brauche ich nicht“) oder ihr Gleichgültigkeit entgegengebracht („ist mir egal“).

Einstellung zur Sprechstunde:

Die Teilnahme der Kinder/Jugendliche an den Sprechstunden schwankt zwischen selten und kontinuierlich. Die Kinder, die zur Sprechstunde gingen, hatten in der Regel einen Termin (52), den sie wohl (?) auch einhielten (Ausnahme: 3 Kinder gingen auch spontan zur Sprechstunde). 39 Kinder/Jugendliche (ca. 57%) würden lieber die Heimsprechstunde als die Sprechstunde außerhalb (28, ca. 41 %) besuchen. Interessant ist, dass 29 (ca. 42%) der Kinder glauben, dass sie im Heim besser verstanden werden als in der Klinik (8, ca.12%); aber 26 Kinder (ca.38%) sehen keinen Unterschied. Obwohl 31 der Kinder/Jugendlichen (ca. 45%) die Sprechstunde „cool“ und 9 Kinder (ca. 13%) die Sprechstunde sogar „mega cool“ finden, finden aber immerhin 23 Kinder (ca. 33%) die Sprechstunde „total uncool“. Zur Sprechstunde zu gehen wird von 8 Kindern/Jugendlichen (ca. 12%) als peinlich erlebt, 23 Kinder/Jugendliche (ca.33%) haben damit kein Problem und 36 von ihnen (ca.52%) ist es egal.

14. You´ll never walk alone – Ergebnisse der Evaluation

Dina Cremerius, Sascha Neurohr und Hubertus Adam

14.1 Psychische Auffälligkeiten von Kindern in der stationären Jugendhilfe

Die Forschungsarbeiten der letzten Jahre im Bereich der psychischen Auffälligkeit von Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe („Heimkindern“) haben belegt, dass diese einen ähnlich hohen Grad in Ausprägung und Häufigkeit psychischer Auffälligkeit zeigen wie diejenigen, die im Rahmen klinischer Studien untersucht worden sind. Das Ausmaß psychischer Auffälligkeit ist bei beiden Gruppen gemessen an der Allgemeinbevölkerung überdurchschnittlich.

Nach repräsentativen Screening Ergebnissen zur psychischen Auffälligkeit in der bundesweiten KIGGS-Studie waren insgesamt 14,7% der 14 478 untersuchten Kinder und Jugendlichen als grenzwertig auffällig oder auffällig einzustufen (Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007). Diese Studie erfasste 2003 – 2009 umfassend und repräsentativ Gesundheitsdaten für Kinder und Jugendliche in Deutschland.

Für die psychische Auffälligkeit von Kindern und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen zeichnet sich ein deutlich ungünstigeres Bild ab: In einer Untersuchung an 557 Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg berichtete Schmid (2007) bei zwei von drei Jugendlichen (72,1%) auffällige Ergebnisse in Fragebögen zur psychischen Symptombelastung. Jeder dritte Jugendliche (33%) zeigte sogar derart auffällige psychische Symptome, wie sie weniger als 2% der Kinder aus der Allgemeinbevölkerung erreichen. Über die Hälfte (57,1%) der Heimkinder erfüllte mindestens eine und 37,7% mehr als eine ICD-10-Diagnose (International Classification of Diseases-10). Mit 48% waren Störungen des Sozialverhaltens (inklusive der komorbiden Störung „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“) die häufigsten Diagnosen.

Ähnlich hohe Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten bei Heimkindern, je nach Studie im Bereich von 44% bis 96% (Singer, 2010), finden sich für andere Länder Europas (Finnland: Hukkanen, Sourander, Bergroth, & Piha 1999, 59%, UK: Mount, Lister & Bennun 2004, 70%) und die USA (Burns, Philips, Wagner, Barth, Kolko, Campbell et al. 2004, 88,6%). Die Prävalenzraten schwanken zwischen den Studien auf hohem Niveau. Die Ursachen hierfür sind unklar, denkbar sind regionale Unterschiede in der jeweiligen Versorgung und Betreuung ebenso wie differente methodologische Herangehensweisen. In der vorliegenden Untersuchung ist daher die Prä-

valenz psychischer Auffälligkeiten bei Heimkindern in Brandenburg eine zentrale Frage.

Die erhöhte Auffälligkeit von Heimkindern lässt sich nicht allein durch das Herkunftsmilieu erklären: Ergebnisse zur psychischen Symptombelastung von Ford, Vostanis, Meltzer et al. (2007) aus Großbritannien legen nahe, dass diese für Heimkinder nicht nur gegenüber Zuhause lebenden Kindern aus sozioökonomisch gut gestellten Haushalten höher ausgeprägt ist, sondern auch gegenüber Zuhause lebenden Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status. Ford et al. replizierten damit übereinstimmende Ergebnisse dreier nordamerikanischer Forschergruppen (Stein, Evans, Mazumber et al. 1996, dosReis, Zito, Safer et al. 2001, Farmer, Burns, Chapman et al. 2001). Tarren-Sweeney schätzte in Übereinstimmung damit Kinder und Jugendliche in Fremdunterbringung als eine der vulnerabelsten, am meisten benachteiligten Gruppen in der westlichen Gesellschaft ein (Tarren-Sweeney, 2008 in Singer, 2010, S. 5).

14.2 Traumafolgestörungen

Heimkinder weisen hinsichtlich ihrer psychischen Auffälligkeit eine hohe Komorbidität und die Tendenz zu komplexeren Störungsbildern auf. Zu letzteren sind Bindungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Aufmerksamkeitsprobleme und selbstverletzendes Verhalten zu zählen (Tarren-Sweeney, 2008). Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe sind aus spezifischem Grund aus den Familien herausgenommen worden. Oft waren traumatisierende Ereignisse wie körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, Verlust einer Bezugsperson oder soziale und emotionale Vernachlässigung die Ursachen für die Herausnahme. So berichteten Jaritz, Wiesinger & Schmid (2008), dass 75% einer untersuchten Gruppe von 80 Heimkindern zumindest ein traumatisierendes Ereignis erlebt hatten, 51% sogar mehrere verschiedener Art.

Zwar erfüllten die Kinder und Jugendlichen die Diagnosekriterien der im ICD-10 kodierten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oft nur teilweise, wiesen jedoch eine Vielzahl persistierender psychopathologischer Auffälligkeiten auf (Copeland, Keeler, Angold & Costello 2007; Koenen, Moffitt, Caspi, Gregory Harrington & Poulton, 2008; Pelcovitz, Kaplan, DeRosa, Mandel, Salzinger, 2000; Rosner & Hagl, 2008) und waren in ihrer Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigt (Schmid, Fegert & Petermann 2010).

Eine wichtige Differenzierung bezüglich Traumatisierung traf Terr (1991). Sie unterscheidet in ihrer allgemeinen Übersicht zur Traumatisierung von Kindern zwei Typen von Traumata: Traumata vom Typ I, deren auslösendes Ereignis das Kind „einzigartig“, „plötzlich“ und „unerwartet“ trifft. Daraus können Symptome wie zwanghafte

Handlungen, Vermeidungsverhalten und Überwachsamkeit resultieren. Traumata vom Typ II entstehen durch lang anhaltende schwere Belastungen. Die Symptome, die sie hervorrufen, sind untypisch für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS); sie verursachen eher Verleugnung, psychisches „Abstumpfen“, Selbstbeschwichtigung und Persönlichkeitsstörungen (Terr, 1991). Kinder aus der stationären Jugendhilfe sind eher kumulierten psychosozialen Risiken und Verkettungen von Typ II -Traumatisierungen ausgesetzt (Schmid 2007), jedoch finden diese im ICD-10 bisher keine Entsprechung. So äußern sich Traumafolgestörungen im deskriptiv beschreibenden ICD-10 stattdessen in einer fast regelhaften Abfolge potentieller Diagnosen (Schmid et al., 2010) über die Lebensspanne: Neben dem Vorhandensein biologischer Risikofaktoren (Schmid et al., 2010), können im Säuglingsalter Regulationsstörungen, im Vorschulalter Bindungsstörungen mit und ohne Enthemmung, im Schulalter eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens oder kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen auftreten. In der Adoleszenz sind Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung häufig, oft in Kombination mit Substanzmissbrauch, selbstverletzendem Verhalten und affektiven Störungen. Symptome als Ausdruck einer Traumafolgestörung (Cook, Blaustein, Spinazzola & van der Kolk, 2003) scheinen sich demnach in verschiedenen Entwicklungsstufen unterschiedlich auszuwirken. Fegert, Spröber, Streeck-Fischer & Freyberger (2010) bezeichnen dies als Entwicklungsheterotopie (s. Abbildung 1).

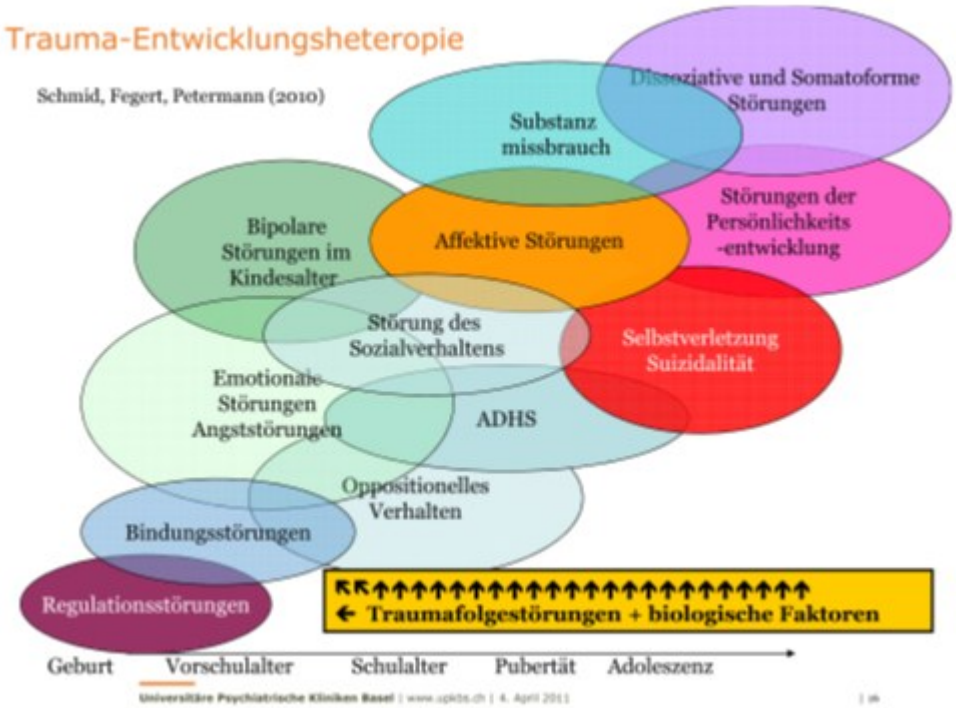

Abbildung 1: Übersicht von Schmid, Fegert & Petermann (2010) aus einem Vortrag von Schmid im April 2011.

14.3 Auswirkungen auf die Heimerziehung, Schlussfolgerungen

Schmid (2007) geht davon aus, dass die Belastungsfaktoren der Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe wahrscheinlich größer sind, je besser die niedrigschwelligen ambulanten Jugendhilfeangebote ausgebaut sind, weil unter diesen Bedingungen nur noch Kinder und Jugendliche aus besonders belasteten Lebensverhältnissen in die Heimerziehung (Goldbeck et al. 2007) kommen und dort eher die Regel sind als die Ausnahme.

Eine hohe psychische Belastung findet man bei Heimkindern ebenso wie bei Kindern und Jugendlichen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP). Über 25% der Patienten dieser Kliniken werden in eine stationäre Jugendhilfemaßnahme entlassen (Schmid, 2009). Diese Gruppe erheblich belasteter Kinder und Jugendlicher profitiert jedoch in geringerem Maß von den dort angebotenen Jugendhilfemaßnahmen (Baur et al. 1998, Hebborn-Brass 1991, Schmidt, Petermann, Macsenaere et al. 2002) und bricht diese häufiger ab (Institut für Kinder- und Jugendhilfe Mainz, EVAS 2004).

Allerdings ist die Behandlungsprognose für eine Störung des Sozialverhaltens bei Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenfalls sehr ungünstig, wenn es nicht zu einer guten Vernetzung der Helfersysteme kommt (Schweitzer & Schlippe 2009).

Ein Fünftel aller stationären Jugendhilfemaßnahmen enden während des ersten Jahres mit einem Abbruch (Statistisches Bundesamt 2004 in Schmid, 2009). Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil davon auf Kinder mit psychischen Störungen entfällt (Schmid 2009). Die Jugendlichen erleben häufig mehrere Einrichtungswechsel in ihrer Jugendhilfekarriere (Schmid, 2009), was sich im Zusammenhang mit frühen Bindungsstörungen besonders schwerwiegend auf den weiteren Entwicklungsverlauf auswirkt (Schmid, ebd.). Jaritz et al. 2008 berichteten, dass knapp 50% der von ihnen untersuchten Heimkinder bereits mindestens eine Fremdplatzierung in Pflegefamilien oder Heimen vor der aktuellen Platzierung erlebt hatten, ein Viertel sogar zwei oder mehr. Mit dem wiederholten Beziehungsabbruch im Zusammenhang mit einem Einrichtungswechsel wird laut Schmid (2008) die Bindungsfähigkeit weiter beeinträchtigt, da die Erfolgschancen der aktuellen Maßnahme von den dort gemachten positiven Beziehungserfahrungen abhängt, aber auch von der Anzahl der vorher gewährten Hilfen (Macsenaere & Knab 2004, Zegers, Schluengel, van Ijzendoorn & Janssen 2006).

Seit Einführung des §35a im Kinder- und Jugendhilfe Gesetz (KJHG) ist die Jugendhilfe explizit für die Eingliederungshilfe bzw. Hilfe zur Teilhabe von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zuständig (Schmid, 2009). Doch trotz der Vielzahl der oben genannten Belastungsfaktoren erhält die psychisch hoch belastete Gruppe der Kinder in Heimerziehung nur selten Hilfen nach §35a KJHG. Schmid und Fegert

(2006) berichten, dass nur 12% der stationären Hilfen auf Grundlage des §35a eingeleitet wurden (Schmid et al. 2006).

Die Zahlen zum eigentlichen Bedarf stehen im Widerspruch zu den Leistungen, die die Kinder und Jugendlichen in Fremdunterbringung tatsächlich erhalten. Es handelt sich um eine Unterschätzung des Bedarfs an Krankenbehandlungsmaßnahmen, Therapiemaßnahmen und Eingliederungshilfen.

14.4 Ziele des Kooperationsprojekts

Im Hinblick auf die gravierende psychische Belastung der betroffenen Kinder und Jugendlichen in stationäre Jugendhilfe ist eine Integration pädagogischer, kinderpsychiatrischer und kinderpsychotherapeutischer Interventionen in die Hilfen nötig (Goldbeck et al. 2007).

Goldbeck empfiehlt deshalb den quantitativen Ausbau und die klinische Qualifizierung von Fachdiensten innerhalb der Heime sowie eine dem Bedarf psychisch kranker Kinder und Jugendlicher entsprechende Personalbemessung. Eine enge Zusammenarbeit von Jugendhilfeeinrichtungen mit Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie soll besonders den niedrigschwelligen Zugang für Bewohner stationärer Jugendhilfeeinrichtungen in die KJPP ermöglichen. Hierzu ist eine Kontaktanbahnung außerhalb von Krisen von zentraler Bedeutung (Schmid 2009). Aufsuchende Modelle der KJPP sollen die Hemmschwelle, die nach wie vor gegenüber der KJPP besteht, senken und helfen, die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung zu verbessern. Ein weiterer Vorteil der aufsuchenden Arbeit ist die Beratung von Mitarbeitern, wenn Jugendliche beispielsweise nicht zur Inanspruchnahme motiviert sind. In der zweiten Ulmer Heimkinderstudie verweigerten z.B. 22,5 % der Jugendlichen in der Interventionsgruppe das Ausfüllen von Fragebögen oder die Teilnahme an angebotenen Sprechstunden (Goldbeck et al. 2007).

Aufgrund der Komorbidität der Störungen halten Goldbeck et al. multimodale Therapieansätze für nötig. Dafür ist eine interdisziplinäre Planung pädagogischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Interventionen notwendig, die aufgrund der Begegnung „auf Augenhöhe“ bei aufsuchenden Modellen größere Erfolgschancen beinhaltet.

Ziele müssen sein (Schmid 2009):

1. die Verhinderung bzw. Verkürzung von Krisenaufnahmen mittels einer kontinuierlichen ambulanten Behandlung,
2. die Vorbereitung möglicher Kriseninterventionsmaßnahmen in der Einrichtung vor einer stationären Aufnahme,

3. die Übersetzung und Rückübersetzung diagnostischer Ergebnisse für die Fachkräfte im Heimalltag als Ergänzung der sozialpädagogischen Diagnostik und zur Erarbeitung einer gemeinsamen Falldefinition.

Dabei sollten kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische sowie sozialpädagogische Interventionen eng aufeinander abgestimmt werden, so dass der Alltag als Übungsfeld für das in der Therapie gelernte Verhalten dienen kann. Diese oben genannten Ziele waren die erklärten Ziele der zweiten Ulmer Heimkinderstudie, in deren Rahmen eine enge Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe aufgebaut wurde. Im Ergebnis konnten die stationären Behandlungstage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie signifikant reduziert werden. Weiterhin fanden sich kleine Effekte hinsichtlich einer Verringerung von externalisierenden Verhaltensweisen und einer Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus der Heimkinder. Im Selbsturteil hat sich das Zurechtkommen im Alltag signifikant verbessert (Goldbeck et al., 2007).

Die nun vorliegende Studie aus Brandenburg wurde in Anlehnung an die zweite Ulmer Heimkinderstudie am Standort der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters in Eberswalde konzipiert. Es sollte überprüft werden, ob eine Umsetzung der erklärten Ziele und eine Replikation der Ergebnisse an einem anderen Standort möglich ist.

14.5 Methodik

14.5.1 Stichprobe

Die Studienstichprobe setzte sich zusammen aus den Teilnehmerinnen und Teilnehmern am Kooperationsprojekt „You'll Never Walk Alone“ und umfasste 244 Kinder und Jugendliche, die alle eine umschriebene Intervention erhielten. Für das Projekt wurden für insgesamt drei Projektregionen Brandenburgs (Standorte von KJPP Kliniken) je drei Einrichtungen der Jugendhilfe ausgewählt. Die sich ergebende Vielfältigkeit der Hilfeformen spiegelt die Realität der heutigen Jugendhilfe in dieser Studie wider: Diese neun Einrichtungen boten an verschiedenen Standorten unterschiedliche Hilfeformen an, am häufigsten die so genannte Regelwohngruppe, aber auch therapeutische Wohngruppen, familienanaloge Unterbringung im Kinderdorf, inidividualpädagogische Projektstellen und stationäre Angebote für junge Mütter mit Kleinkindern. Dementsprechend variierte das Alter der Kinder und Jugendlichen, die an der Studie teilnahmen zwischen 0 und 20 Jahren. Im Mittel waren die Kinder 11,9 Jahre alt (SD = 3,9 Jahre), der häufigste Wert (Modus) lag bei 16 Jahren. Mit 61,8% waren Jungen häufiger vertreten als Mädchen (38,2%).

Auch die Größe der Einrichtungen variierte stark, sodass aus den 9 Heimen Daten für 8 bis 47 Personen eingingen, durchschnittlich lag die Zahl eingehender Daten für eine Einrichtung bei 27,33 Personen. Die Kinder und Jugendlichen lebten im Mittel seit 3,14 Jahren in der stationären Jugendhilfe, der Median lag bei 1,6 Jahren und der Modus (häufigster Einzelwert) bei 1 Monat.

Die meisten Kinder und Jugendlichen (33,7%) besuchten eine Grundschule oder Oberschule, 25,6% besuchten eine Förderschule mit dem Schwerpunkt Lernen oder Verhalten. 16,2% haben eine oder mehrere Klassen wiederholt, 30,1% wurden umgeschult oder haben bereits eine Umschulung in Verbindung mit einer Wiederholung absolviert.

14.5.2 Instrumente und Design

Zu beiden Erhebungszeitpunkten wurden, jeweils in Abhängigkeit vom Alter des Kindes oder Jugendlichen, folgende Fragebogenverfahren eingesetzt:

Selbsturteil

Die deutsche Version des Youth Self Report (YSR, 11-18 Jahre, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998, Interne Konsistenz in dieser Studie >.9) zum Screening der psychischen Symptombelastung, das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität (ILK, laut Manual Interne Konsistenz: .55-.63, Retest-Reliabilität: .72) in Kinder- (6-11 Jahre) und Jugendlichenversion (ab 12 Jahre), der Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ, hier ab 12 Jahren, Interne Konsistenz emotionsübergreifend: .82-.93), weiterhin das Essener Traumainventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ, ab 12 Jahren, Interne Konsistenz in dieser Studie: .924). Letzteres ist geeignet, erfüllte Diagnosekriterien für das Vorliegen einer Akuten Belastungsreaktion (ABS) oder Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) festzustellen.

Fremdurteil durch Erzieher

Die deutsche Version der Child Behavior Checklist (CBCL, 4-18 Jahre, Interne Konsistenz in dieser Studie >.9) zum Screening der psychischen Symptombelastung, das Essener Traumainventar in Fremdbeurteilungsversion (ETI-F, 0 bis 20 Jahre, Interne Konsistenz in dieser Studie .876) sowie die auch im klinischen Kontext genutzten Fragen zur Basisdokumentation (BADO, 0 bis 20 Jahre) der biografischen und kontextuell relevanten Lebensumstände für Kinder und Jugendliche.

Die Daten der vorliegenden Stichprobe wurden zwischen Frühling 2010 und Sommer 2012 erhoben. Die erste Welle der Erhebung erfolgte jeweils vor oder zeit-

gleich mit Beginn des Kooperationsprojekts im jeweiligen Projektheim. Nach 12 Monaten erfolgte die Zweiterhebung. Zu diesem Zeitpunkt waren 24,6% der Kinder und Jugendlichen (n=60) bereits nicht mehr in ihren jeweiligen Heimen untergebracht. Zu beiden Zeitpunkten erhielten die Kinder und Jugendlichen (je nach Alter) die Selbstbeurteilungsfragebögen und die Erzieher (oder in Fällen des stationären Eltern-Kind-Wohnens: die Mütter) füllten die Fremdbeurteilungsfragebögen aus.

Spezifische Diagnostik

Auf Grundlage der Ergebnisse der ersten Erhebungswelle erfolgte bei auffälligen Werten aus den Screeninginstrumenten (im Selbst- oder Fremdurteil) die Zusendung klinischer Diagnostikfragebögen des DISYPS-Systems (Döpfner, Görtz-Dorten, Lehmkuhl 2008), Interne Konsistenz der verschiedenen Fragebögen .70-.90), die zur Feststellung erfüllter Diagnosekriterien für das Vorliegen eine Angststörung (DISYPS-ANZ), Depression (DISYPS-DES), Störung des Sozialverhaltens (DISYPS-SSV) oder eines Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndroms (DISYPS-ADHS) geeignet sind. Dies erfolgte ebenfalls nach Möglichkeit (Altersbeschränkungen) in Selbst- (SBB, 11-18 Jahre) und Fremdurteilsform (FBB, 0-18 Jahre). Die Entscheidung erfolgte auf Grundlage einzelner Unterskalen oder aggregierter Skalen internalisierender oder externalisierender Symptome im YSR oder CBCL. Zur Betrachtung möglicherweise erfüllter Diagnosekriterien wurden die Angaben in den Fremdurteilsbögen herangezogen und mit den Diagnosechecklisten des DISYPS-II (DCL) abgeglichen. Dies ermöglichte eine Darstellung von Häufigkeiten erfüllter Diagnosekriterien im Fremdurteil, eine Diagnosestellung ausschließlich anhand von Fremdurteilsbögen kann jedoch nicht vorgenommen werden. Die dargestellten Häufigkeiten stellen ausdrücklich nur mögliche Verdachtsdiagnosen dar, die durch weiterführende Diagnostik zu überprüfen sind.

Die Datenauswertung erfolgte mit SPSS 19. Prä-Post-Ergebnisse wurden mittels t-Tests für abhängige Stichproben ausgewertet. Fehlende Werte in den verschiedenen Fragebögen der Erst- und Zweiterhebung wurden bis zu einer aus dem jeweiligen Manual hervorgehenden Obergrenze für die Anzahl fehlender Werte durch den personenspezifischen Mittelwert ersetzt und so die jeweiligen Skalenwerte geschätzt.

Bei einem Vergleich der Teststatistiken mit und ohne Schätzung einzelner fehlender Werte zeigten sich keine grundsätzlichen Veränderungen der Ergebnistendenzen.

14.6 Ergebnisse

14.6.1 Biografische Angaben

Die Auswertung der Basisdokumentation im Bereich der frühkindlichen Entwicklung ergab bei 11,4% der Kinder Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen. Leider lagen nur in 25,6% der Fälle (n=53) Informationen über eine psychische Erkrankung eines Elternteils vor, innerhalb dieser kleinen Gruppe traf dies jedoch für 55,5% der Eltern zu.

Bei 41,5% der Kinder waren frühkindliche Vernachlässigungserfahrungen zu verzeichnen. Die häufigste Entwicklungsverzögerung in der Auswahl zwischen motorischen, sprachlichen und Verzögerungen der Sauberkeitsentwicklung bezog sich auf die Sprache. Hier lagen für 27,2% der Kinder und Jugendlichen Verzögerungen vor.

Die Zahlen sind vor dem Hintergrund von durchschnittlich 32,6% fehlenden Werten bzw. der Antwort „unbekannt“ zu Fragen der frühkindlichen Entwicklung zu betrachten. Für Auffälligkeiten in der Kindertagesstätte lag dieser Wert bei 40%, sodass auf eine Darstellung der Ergebnisse dazu verzichtet wird. Für Auffälligkeiten in der Schule waren im Schnitt in 21,8% der Fälle keine Informationen vorhanden. Hie waren Konzentrations- (44,7%) und Leistungsstörungen (38,6%) die häufigsten Auffälligkeiten, weiterhin Aggressionen bei 28% der vorhandenen Einschätzungen. Hypermotorische Verhaltensweisen, Schulangst und Schulverweigerung betrugen 11-18%.

14.6.2 Symptombelastung

Der Gesamtwert der psychischen Auffälligkeit gemäß Selbsturteil (YSR, n=134, potentiell im Altersbereich: 159) wich mit einem mittleren T-Wert von 68,46 signifikant ($p<.01$) vom Mittelwert (T=50) der Normierungsstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung ab (SD: 8,07; 99%-KI: 66,63-70,28). Ebenso der mittlere Gesamtwert im Fremdurteil (CBCL, n=233, potentiell im Altersbereich n=239). Dieser betrug im Mittel 64,20 und wich auf 99%-Niveau ($p<.01$) vom Wert der Normierungsstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung ab (SD=10,27; 99%-KI: 62,45-65,95). 63,9% der CBCL-Gesamtwerte lagen über einem T-Wert von 60, 31,3% über einem T-Wert von 70.

Die Heimkinderstichprobe zeigt sich also auf Grundlage der Fragebogendaten signifikant stärker psychisch belastet als die Normierungsstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung.

14.6.3 Spezifische Diagnostik

Hinweise für das Vorliegen einer durch das DISYPS-System zu untersuchenden Störung gab es nach T1 auf Grundlage der Screeningdiagnostik in 183 Fällen

(74,4%). Der Rücklauf dieser Fragebögen nach Aussendung betrug 142 Fälle (77,6 %) bei 7 nicht auswertbaren Fragebögen. Von den verbleibenden 135 Fällen waren 115 (85%) mindestens leicht auffällig im Fremdurteil auf mindestens einer der Gesamtskalen SSV, ADHS, DES oder ANZ. Mehr als jeder Zweite (n=74; 55%) war sogar auf mehr als einer Gesamtskala mindestens leicht auffällig. Unterschiede ergaben sich mit Blick auf eine Unterscheidung in externalisierende und internalisierende Auffälligkeiten. Die Mittelwerte der Gesamtskalen des ADHS- (94%) und des SSV-Bogens (78%) waren im Vergleich zum ANZ- (55%) und zum DES-Bogen (63%) häufiger in einem Bereich ab leichter Auffälligkeit.

Bei 74 Kindern und Jugendlichen waren anhand der Einschätzungen im Fremdurteil die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt, davon 18 in Kombination mit einer emotionalen oder depressiven Störung (unter F92) und 5 in Kombination mit einer hyperkinetischen Störung (F90.1). In Relation zur Gesamtstichprobe ergibt sich daraus ein Hinweis dafür, dass bei fast jedem Dritten eine Störung des Sozialverhaltens zu diagnostizieren wäre (30%), wobei eine beachtlich große Anzahl von 51 Kindern und Jugendlichen ausschließlich die Kriterien einer Sozialverhaltensstörung erfüllen. Sie machen die deutliche Mehrheit aus, wie Abbildung 2 veranschaulicht.

Gering blieben mit insgesamt 11 Fällen Störungen mit ausschließlich ängstlich-depressiver Symptomatik, die sich gleichmäßig verteilen: 4 Kinder und Jugendliche litten demzufolge unter einer depressiven Störung, 3 unter eine emotionalen Störung und 4 unter einer Angst- und einer depressiven Störung. Unter Berücksichtigung der Kinder und Jugendlichen, die neben einer depressiven Störung auch hinsichtlich einer Sozialverhaltensstörung die Kriterien erfüllten, ergeben sich für 10% der Gesamtstichprobe Hinweise für eine depressive Störung.

Das Spektrum einfacher Aufmerksamkeitsstörungen ist den Angaben zufolge mit 4 Fällen eher gering (1 Fall erfüllte die Kriterien für F90.0, 3 Fälle für F98.8).

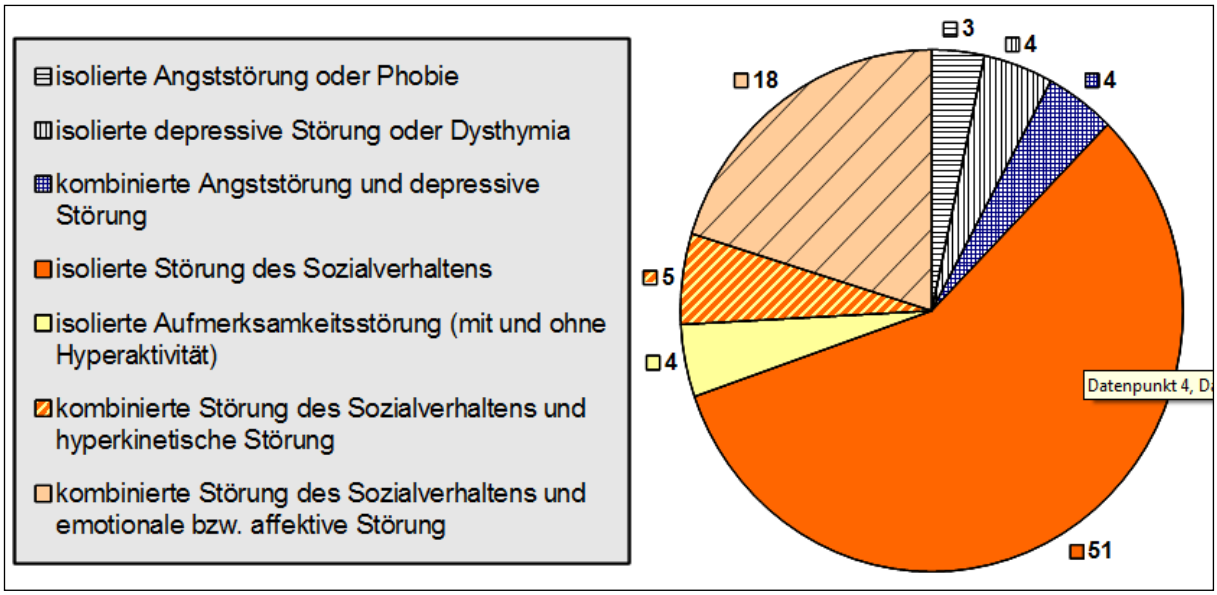

Abbildung 2: Verteilung der Verdachtsdiagnosen auf Basis der Fremdbeurteilungen im DISYPS-II (Gesamt n = 89 Diagnosen)

Unter den 5 häufigsten Verdachtsdiagnosen, die sich aus den Angaben im Fremdurteil ergaben, sind alle 5 aus dem Spektrum einer Sozialverhaltensstörung, angeführt von der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionell-aufsässigem Verhalten (F91.3), die in 30 Fällen zu vergeben wäre. 16 Kinder und Jugendlichen erfüllten sowohl die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens als auch der depressiven Störung (F92.0), danach folgt mit 13 Kindern und Jugendlichen die Verdachtsdiagnose einer Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F91.1). 8 Fälle mit einer Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F91.2) und 5 Fälle mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) folgen. Bei 66% der Kinder und Jugendlichen mit einer Verdachtsdiagnose lagen nach Angaben in der Basisdokumentation Mängel in der Betreuung während der frühen Kindheit vor. Hingegen waren im Vergleich nur bei 38% der Kinder und Jugendlichen, bei denen keine Diagnosekriterien erfüllt waren, Mängel in der frühkindlichen Versorgung angegeben.

Ein Vergleich mit dem Selbsturteil der Jugendlichen kann nur bedingt angestellt werden, da in den Selbstbeurteilungsbögen wesentliche Kriterien für eine Diagnosestellung nicht abgefragt werden (z.B. zeitliche Kriterien). Ein Blick auf die einzelnen Skalenwerte vermittelt den Eindruck, dass sich die Jugendlichen auffälliger hinsichtlich Ängsten und ADHS-Symptomen einschätzten. 26% schätzten sich beispielweise hinsichtlich Trennungsängsten mindestens auffällig, 13% sogar sehr auffällig ein (Fremdurteil: 10% und 3%). 28% der ANZ-Gesamtzahlen im Selbsturteil waren mindestens auffällig, im Fremdurteil aber nur 16%.

Hinsichtlich einer Aufmerksamkeitsstörung ergaben sich im ADHS-Bogen 64% auffällige und sehr auffällige Werte, etwa ein Drittel (34%) schätzte sich sogar sehr auffällig ein. Bei Impulsivität waren mit 61% mindestens auffällige und 28% sehr auffällige Werte die Zahlen ähnlich hoch. Anders als bei Angstsymptomatik liegen die Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen unter denen der Erzieher (85% mindestens auffällige und 60% sehr auffällige Werte in der Aufmerksamkeitsstörungsskala, bei Impulsivität 68% mindestens auffällig und 56% sehr auffällig). In der Gesamtskala ADHS waren 52% der Kinder und Jugendlichen mindestens auffällig (Fremdurteil: 69%), 26% sogar sehr auffällig (Fremdurteil: 35%).

Auch hinsichtlich einer Sozialverhaltensstörung lagen die Selbstbeurteilungen unter denen der Fremdbeurteilungen (21% mindestens auffällig vs. 37% mindestens auffällig im Fremdurteil), während die Angaben im DES-Fragebogen (25% vs. 27%) ähnliche Werte erbrachten. In der Gesamtbetrachtung der Selbsturteils-Fragebögen waren 74 von 98 Jugendlichen in mindestens einer DISYPS-Gesamtskala zumindest leicht auffällig (76%), unter ihnen 53 in mehr als einer Gesamtskala (54%). 51% schätzten sich in mindestens einer Gesamtskala als auffällig oder sehr auffällig ein, 19% waren in mehr als einer Gesamtskala auffällig oder sehr auffällig.

Aus dem Fragebogen ETI-KJ, ergaben sich im Fremdurteil zusätzlich 3 Hinweise für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung, während im Selbsturteil 10 Jugendliche laut ihren Angaben die Kriterien für eine PTBS (F43.1) erfüllten. Bei der geringen Anzahl im Fremdurteil sollte berücksichtigt werden, dass den Erziehern oftmals biographische Informationen fehlten und Kenntnisse über mit Scham besetzte traumatisierende Erlebnisse nicht immer vorhanden waren.

Akute Belastungsreaktionen lagen nach den Angaben sowohl in Fremd- als auch im Selbsturteil nicht vor.

14.6.4 Prä-Post-Untersuchungen

Von den ursprünglich 244 in die Studie aufgenommenen Kindern und Jugendlichen lebten 24,6% zum zweiten Testzeitpunkt nicht mehr in der Einrichtung. Um festzustellen, ob es zwischen den in der Einrichtung verbleibenden und denjenigen, die nach 12 Monaten nicht mehr dort lebten, von Vornherein Unterschiede gab, wurden beide Gruppen auf verschiedenen Maßen miteinander verglichen.

Zwischen der verbleibenden Gruppe und den Kindern bzw. Jugendlichen, die zu T2 nicht mehr in der Einrichtung waren, zeigten sich für demographische Variablen wie Alter und Geschlecht oder auf Symptom- oder Emotionsregulationsebene keine Unterschiede. Allerdings berichteten die nach einem Jahr bereits nicht mehr dort lebenden Kinder und Jugendlichen eine signifikant geringere Lebensqualität ($p=.021$).

Weiterhin unterschieden sich beide Gruppen signifikant (p=.005) darin, wie lange das Kind bzw. der Jugendliche bereits im Heim gelebt hatte. So hatten diejenigen, die auch 12 Monate später noch im jeweiligen Heim lebten, bereits zum ersten Zeitpunkt länger in ihrer Einrichtung gelebt. Im Mittel hatten die auch beim Posttest in der Einrichtung verbliebenen Kinder eineinhalb Jahre länger (17,1 Monate) dort verbracht, nämlich 39,4 Monate. Es blieben potentiell 182 Kinder und Jugendliche für eine Zweiterhebung übrig, jedoch lagen davon nur für 166 Kinder und Jugendliche (68%) auch aus der Zweiterhebung Daten vor. Für die folgenden Prä-Post-Analysen ist daher zu beachten, dass diese sich auf eine, in Bezug auf Lebensqualität und Länge des Heimaufenthalts, selektive Stichprobe beziehen.

14.7 Symptombelastung

Der Gesamtwert der Symptombelastung der Jugendlichen sank im Selbsturteil (YSR) signifikant (p=.001), mit einem kleinen bis mittleren (d=.34) Effekt (Cohen, 1988)7. Hier waren 79 von potentiell 118 Fragebögen auswertbar. Die signifikante Absenkung der Auffälligkeit erstreckte sich auch über die Unterskalen internalisierende (p=.015, d=.25) und externalisierende Auffälligkeiten (p=.043, d=.21). Im Fremdurteil durch die Erzieher waren 148 von potentiell 182 Fragebögen auswertbar. Hier sank der Gesamtwert der psychischen Auffälligkeit ebenfalls signifikant (p=.011), jedoch mit sehr geringer Effektstärke (d=.16). Für den Bereich internalisierender Verhaltensauffälligkeiten sanken die Symptome wiederum signifikant (p=.000) mit einer kleinen Effektstärke (d=.28). Für die Skala externalisierender Verhaltensauffälligkeiten gab es keine signifikanten Veränderungen. Die Darstellung findet sich in Tabelle 2.

[7] Nach Cohen (1988) indiziert d = .2 einen kleinen Effekt, d = .5 einen mittleren und d = .8 einen starken Effekt.

Tabelle 2: Gesamtwert der Symptombelastung im Verlauf

Konzept	Instrument	Unterschied Mittelwert	Effekt-fekt-stärke
Symptombelastung Selbsturteil	YSR Gesamt	- 2.78 **	.34
	YSR: Internalisierende Symptome	- 2.67 *	.25
	YSR:Externalisierende Symptome	- 2.01 *	.21
Symptombelastung Fremdurteil	CBCL Gesamt	- 1.89 *	.16
	CBCL: Internalisierende Symptome	- 3.03 **	.28
	CBCL: Externalisierende Symptome	- 0.53 (n.s.)	-
Emotionsregulation Selbsturteil	FEEL: Adaptiv	+ 1.05 (n.s.)	-
	FEEL: Maladaptiv	- 3.01 *	.25
Lebensqualität Selbsturteil	ILK	- 0.88 *	.21

* = sign. auf .05-Niveau, ** = sign. auf .01-Niveau

Emotionsregulation

Im Fragebogen zur Emotionsregulation lagen von potentiell 185 Teilnehmern 64 (Adaptive Strategien) respektive 67 (Maladaptive Strategien) auswertbare Fragebögen vor. Für adaptive Strategien zeigten sich keine signifikanten Veränderungen. Sie korrelierten in geringem Ausmaß mit der Lebensqualität (r=.373, p=.000) und gering negativ mit externalisierenden Verhaltensproblemen im Selbst- (r=.287, p=.002) und Fremdurteil (r=-.235, p=.009).

Für maladaptive Emotionsregulationsstrategien jedoch fand sich ein signifikanter (p=.037) Abfall der Ausprägung mit einer kleinen-mittleren Effektstärke (d=.25, R2=.374). Bezogen auf die Emotionen Wut (p=.009), Trauer (.028) und Angst (n.s.) fand sich für die ersten beiden ebenfalls ein signifikantes Absinken maladaptiver Strategien.

Lebensqualität

Die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen sank signifikant (p=.036) mit einer kleinen Effektstärke von .21. Es waren 140 der potentiell 172 Fragebögen auswertbar. Auf dem Problemscore, der die gleichen Fragen dichotomisiert auswertete, gab es keine signifikanten Effekte.

Posttraumatische Symptome

Den ETI-KJ, der potentiell von 143 Personen hätte beantwortet werden können, füllten 57 Personen ohne fehlende Werte aus. Davon erfüllten 9 die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) keiner die Kriterien einer Akuten Belastungsreaktion (ABS). Eine Person erfüllte die Kriterien, ließ jedoch den Zeitfaktor unbeantwortet, der ABS und PTBS trennt. Damit stieg die Zahl der Personen, die die Diagnosekriterien einer posttraumatischen Störung erfüllten, auf 10 Personen. Das sind 17,5% derjenigen Personen mit vollständigen Werten und 7% derjenigen, die potentiell den Fragebogen hätten ausfüllen können.

Zu T2 lebten noch 7 der 10 Personen in den entsprechenden WGs. Für 2 Personen hatte sich die Symptomatik nicht bedeutsam verändert. 2 Personen erfüllten die Kriterien nicht mehr und 3 Fragebögen waren aufgrund zu vieler fehlender Werte nicht auswertbar.

Im Fremdurteil (ETI-F) lagen für drei Personen erfüllte PTBS-Kriterien vor, keine erfüllte die ABS-Kriterien. Potentiell hätten 244 Fragebögen ausgefüllt werden können, faktisch lagen 31 Fragebögen ohne fehlende Werte vor. Zu T2 erfüllte eine der drei Personen die Kriterien nicht mehr, 2 Personen hatten zu viele fehlende Werte angegeben. Weiterhin erfüllte zu T2 ein neuer Fragebogen die Kriterien, der zu T1 aufgrund fehlender Werte nicht auswertbar gewesen war.

Ergebnisse in der Praxis

Neben den betrachteten Veränderungen in den Selbst- und Erzieherurteilen verkürzten sich die Wartezeiten für einen ambulanten Erstvorstellungstermin in der KJPP von normalerweise 8-12 Wochen für die Projektteilnehmer auf 2-4 Wochen.

Weiterhin wurde im Sinne eines Überblicks eine vergleichende Betrachtung der gemittelten stationären Behandlungstage auf der Jugendakutstation im Martin Gropius Krankenhaus in Gegenüberstellung der hiesigen 3 Projekteinrichtungen zu nicht-Projekteinrichtungen vorgenommen. Während im Jahr 2010 (vor Projektbeginn) beide nah beieinander lagen (im Schnitt 15,38 Behandlungstage in Projekt-WGs bei n=8 und 16,95 in anderen bei n = 37), unterschieden sich die gemittelten Behandlungstage 2011, nach Projektbeginn, beträchtlich. Für (n=6) Jugendliche aus Projekt-WGs lagen diese bei 3,5 Tagen, für (n=39) Jugendliche aus nicht-Projekt-Einrichtungen bei 28,18 Tagen. Diese Werte können jedoch nur einen ersten Hinweis liefern – genauere, verlässlichere Betrachtungen sind hier nötig. Sie sind mit einer Vielzahl von Einschränkungen verbunden. So lag hier keine Kontrollgruppe vor, die parallel untersucht werden konnte, sondern eine künstliche retrospektive Aufteilung der WGs mit sehr unterschiedlichen Gruppengrößen. Diese kleinen Gruppengrößen erhöhen den

Einfluss von Zufallsbefunden und machen Verzerrungen wahrscheinlicher, die Zahlen sind weniger verlässlich. Es handelte sich außerdem in der Zeit von 2010 und 2011 um unterschiedliche Jugendliche, die eventuell schon aufgrund des differenten Störungsbildes unterschiedlich lange Aufenthalte benötigen könnten.

14.8 Diskussion

In der vorliegenden Studie, durchgeführt in Brandenburg, wurde die erwartungsgemäß hohe psychische Belastung von Heimkindern repliziert. Bei 63,9% der Jugendlichen zeigten sich auffällige Ergebnisse in Fragebögen (CBCL) zur psychischen Symptombelastung. Dies lässt sich einordnen mit den Ergebnissen von Schmid (2007) von 72,1% und liegt im von Singer (2010) berichteten Bereich von 44-96%. Ähnlich Schmids Untersuchung von 2007 mit extrem (T>70, weniger als 2% der Kinder aus der Allgemeinbevölkerung) auffälligen Ergebnissen bei 33% der Kinder und Jugendlichen lagen auch hier 31,3% der Kinder und Jugendlichen im Bereich extremer Symptombelastung.

Erfüllte Symptomkriterien für das Vorliegen einer ABS, PTBS, Depression, SSV, ANZ oder ADHS gingen in 36,5% der Fälle aus den Fragebögen hervor. Dies ist ein deutlich geringerer Anteil als bei Schmid (2007), der bei 57,1% lag. Bei 11,3 % der Kinder und Jugendlichen in der vorliegenden Stichprobe waren die Diagnosekriterien mehrerer psychischer Störungen erfüllt. Bei Schmid (2007) lag diese Zahl bei 37,7%. Erfüllte Diagnosekriterien für psychische Störungen waren also in dieser Stichprobe weniger ausgeprägt vorhanden. Hierfür kann jedoch der geringe Rücklauf auswertbarer Daten eine Erklärung sein, der das Ergebnis nach unten verzerren dürfte. Mit 30,3% im Fremdurteil waren hier die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens am häufigsten erfüllt. Bei 7,4% ergab sich eine Kombinationsdiagnose mit einer affektiven (F92.0) oder emotionalen Störung (F92.8). In Kombination mit einer hyperkinetischen Störung (F 90.1) erfüllten nur 2% der Kinder und Jugendlichen die Kriterien für diese Diagnose. Ähnliche Ergebnisse beschrieb Schmid (2007), der am häufigsten (48%) eine Störung des Sozialverhaltens, jedoch auch teils im Rahmen einer hyperkinetischen Störung, fand. Die relativ hohe Anzahl von frühkindlichen Mangelerfahrungen (66%) unter den Kindern und Jugendlichen mit einer Verdachtsdiagnose lässt vermuten, dass den aktuellen Belastungsreaktionen und Auffälligkeiten frühkindliche Bindungsstörungen zugrunde liegen. Schmid (2009) verwies bereits auf einen ungünstigen Zusammenhang zwischen Bindungsstörungen und Fremdunterbringen mit z.T. mehreren Einrichtungswechseln. Unsere Ergebnisse vermitteln einen ähnlichen Eindruck: Frühe Frustrationen kindlicher Bedürfnisse scheinen sich in späteren Verhaltensstörungen zu zeigen und darüber gering ausgeprägte Ich-Fähigkeiten zum Ausdruck zu bringen.

Eine ähnlich hohe Abbruchquote wie vom Statistischen Bundesamt 2004 (Schmid, 2009) berichtet wurde, nämlich 20%, wurde auch in der vorliegenden Untersuchung gefunden. Für die untersuchte Stichprobe wohnten nach 12 Monaten 24,6% der Kinder und Jugendlichen nicht mehr in der jeweiligen Einrichtung. Dabei scheint es wahrscheinlicher, dass der Heimaufenthalt beendet wird, je kürzer das Kind bereits in der Einrichtung lebt. Eine mögliche Fragestellung weiterer Untersuchungen könnte lauten, ob mit der Länge des bisherigen Heimaufenthalts die Wahrscheinlichkeit einer Beendigung der Maßnahme sinkt. In diesem Zusammenhang ist die genaue Betrachtung des Kontextes der Unterbringung relevant. Eine für das Kind unsichere Situation mit unklarer Perspektive über die Wohnsituation (im Heim bleiben oder Rückkehr in die Familie? Inobhutnahme mit noch laufendem Gerichtsverfahren?) wird wahrscheinlich anders auf die Lebensqualität wirken, als die Sicherheit nach der Entscheidung. Der Zusammenhang von Lebensqualität und Rahmenbedingungen der Unterbringung sollte in weiteren Studien genauer untersucht werden.

In der Betrachtung der Veränderungen über den 12-Monats-Zeitraum konnten für die verbliebenen Heimkinder bedeutsame Veränderungen beobachtet werden. Diese bezogen sich im Selbsturteil auf ein Absinken der psychischen Symptombelastung für den internalisierenden und externalisierenden Bereich. Weiterhin sank die Anwendung maladaptiver Emotionsregulationsstrategien bedeutsam ab. Auch das bedeutsame Absinken der wahrgenommenen Lebensqualität steht möglicherweise damit im Zusammenhang. So könnte es sich hier um die Anzeichen eines Prozesses handeln, die im Rahmen einer Auseinandersetzung des Kindes/Jugendlichen mit eigenen Problemen eintreten. Eine möglicherweise wahrgenommene gestiegene Aufmerksamkeit der Außenwelt für die Probleme des Kindes/Jugendlichen (durch Fallsupervisionen, therapeutische Interventionen, ausführliche Befragungen zu Symptomen) rufen eventuell auch bei diesem eine vermehrte Auseinandersetzung damit hervor. Nach Modellen zum Umgang mit Transitionen im Leben (Brammer, 1992), zu denen eine Heimunterbringung definitiv gehört, ist die Lebenszufriedenheit während dieser Zeit einem regelhaften Verlauf unterworfen. Dieser ist nach einem Plateaueffekt in Reaktion auf den Eintritt in die Transition durch ein deutliches Absinken der Lebenszufriedenheit gekennzeichnet. Von diesem Tiefpunkt aus kann es verschiedene Typen (Brammer & Abrego, 1981) weiterführender Entwicklung geben. Folglich ist eine zeitweilig abgesunkene Lebenszufriedenheit vor dem Hintergrund einer vertieften Auseinandersetzung mit eigenen Belastungen vorhersehbar und verständlich. Sie kann sich von dort in den folgenden Bewältigungsphasen wieder auf jedes Niveau verändern.

Im Fremdurteil umfasste das Absinken der psychischen Symptombelastung neben dem Gesamtwert nur internalisierende und nicht externalisierende Symptome.

In den Fragebögen zur Basisdokumentation biografischer Erlebnisse wurde offensichtlich, dass vielen Erziehern nur in sehr geringem Maße Informationen über die Lebensumstände des Kindes oder Jugendlichen vor der Heimunterbringung zugänglich sind. Während die Erzieher in den meisten Fällen ein detailliertes Bild des Jetztzustands von den Kinder und Jugendlichen in ihrer Einrichtung geben können (z.B. im CBCL) fehlen Daten zur biografischen Entwicklung in umfangreichem Ausmaß. Dies zeigte sich beispielsweise auch im nur sehr geringen Umfang vollständiger Daten in der Fremdbeurteilung zur Traumadiagnostik (12,7%). Hierfür hatte es explizit die Instruktion gegeben, nur bei sicherem Kenntnisstand und nicht auf Grundlage von Vermutungen den Fragebogen zu bearbeiten. Die Implikationen eines sich hier abzeichnenden Informationsmangels sind beträchtlich, sie haben augenfällige Konsequenzen für die Auswahl einer geeigneten Wohnform, die Erfolgsaussichten der Betreuung und den geeigneten pädagogischen und therapeutischen Umgang mit solch hoch belasteten Kindern und Jugendlichen.

14.9 Einschränkungen und Ausblick

Vorrangig ist bei den Einschränkungen der vorliegenden Studie das Interventionsgruppendesign zu nennen. Durch das Fehlen einer Kontrollgruppe ist es nicht möglich, eine Aussage darüber zu treffen, ob die signifikanten Veränderungen über die Zeit im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen und im Fremdurteil durch die Erzieher durch die Intervention hervorgerufen wurden oder ob es sich um einen Effekt der Unterbringung in der stationären Jugendhilfe handelt.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass in Folge des hohen Drop-Outs durch beendete Hilfen und auch durch nicht ausgefüllte bzw. unauswertbare Fragebögen Ergebnisse für eine eher selektive Stichprobe vorliegen.

Darüber hinaus ist durch die Durchführung der mit der Auswertung verbundenen hohen Anzahl von T-Tests das Vorhandensein eines kumulierten Alphafehlers verbunden. Das heißt, dass sich mit der Anzahl inferenzstatistischer Tests die Wahrscheinlichkeit erhöht, falsch signifikante Testergebnisse zu erhalten, obwohl es in der Realität keine bedeutsame Veränderung gegeben hat.

Für weiterführende Studien wäre die genaue Erhebung und Betrachtung von Hilfeverläufen von großem Interesse. Einerseits zur weiteren Einordnung der beispielsweise in der vorliegenden Studie gefundenen Ergebnisse, weiterhin zur Qualitätsentwicklung und damit Verbesserung der Erfolgsaussichten typischer Hilfeverläufe.

14.10 Literatur

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.

Baur D., Finkel M., Hamberger M. et al. (1998). Leistungen und Grenzen der Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen (Vol. 170), Stuttgart: Kohlhammer.

Besier T., Fegert J. M., Goldbeck L. (2009). Evaluation of psychiatric liaison services for adolescents in residential group homes. European Psychiatry, Vol 24 (7), pp. 483-489.

Brammer, L.M. (1992), Coping with Life Transitions. International Journal for the Advancement of Counseling, 15, p.239-253.

Brammer, L.M. & Abrego P.J. (1981). Intervention Strategies for Coping with Transitions. The Counseling Psychologist, 9, 19-36.

Burns, B.J., Philips, S.D., Wagner, H.R., Barth, R.P., Kolko, D.J., Campbell, Y. et al. (2004). Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43(8), 960-970.

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. & van der Kolk, B. A. (2003).Complex trauma in children and adolescents [Electronic Version] Retrieved June 6, 2012 from http://www.nctsnet.org.

Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. Archives of General Psychiatry, 64, 577–584.

Döpfner, M., Görtz-Dorten, A. & Lehmkuhl, G. (2008). DISYPS-II: Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II: Manual. Bern: Huber.

dosReis, S., Zito, J.M., Safer, D., et al (2001) Mental health services for youths in foster care and disabled youths. American Journal of Public Health, 91,1094-1099.

Farmer, E.M. Z., Burns, B. J.,Chapman,M.V., et al (2001) Use ofmental health services by youth in contact with social services. Social Service Review, 75, 605-624.

Fegert, J.M., Spröber, N., Streeck-Fischer, A. & Freyberger H. (2010). „Adoleszenzkrisen“ aus entwicklungspsychologischer und psychiatrischer Sicht. Die Psychodynamische Psychotherapie, 9(1), 2-13.

Ford T., Vostanis P., Meltzer H. et al. (2007). "Psychiatric disorders among British children looked after by the authorities: comparision with children living in private households", British Journal of Psychiatry, 190, 319-325.

Goldbeck, L., Fegert, J.M., Naumann, A., Nützel, J., Benz, U. & Wahrenberger-Bromene, C. (2007). Evaluation eines aufsuchenden multimodalen Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. [Electronic Version], Retrieved June 6, 2012, from http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/ Kinder_Jugendpsychiatrie/ Dokumente/Abschlussbericht_Heimkinder.pdf

Grob, A. & Smolenski, C. (2009). FEEL-KJ: Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen: Manual. Bern: Huber.

Hebborn-Brass U. Verhaltensgestörte Kinder im Heim: Eine empirische Längsschnittuntersuchung zu Indikation und Erfolg. (1991), Freiburg: Lambertus.

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, 784–793.

Hukkanen R., Sourander A., Bergroth L., Piha J. (1999). "Psychosocial factors and adequacy of services for children in children's homes". European Child and Adolescent Psychiatry, 8, 268-275.

Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H., & Blanz, B. (2002). Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. Kindheit und Entwicklung, 11(4), 201-211.

IKJ – Institut für Kinder- und Jugendhilfe Mainz (2004). Evas – Highlights [Electronic Version] Retrieved June 6, 2012, from www.ikj-mainz.de

Jaritz C., Wiesinger D. & Schmid M. (2008). Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Trauma & Gewalt, 2(4), 266-277.

Koenen, K.C.,Moffitt, T.E.,Caspi, A.,Gregory, A.,Harrington, H. & Poulton, R. (2008). The developmental mental-disorder histories of adults with posttraumatic stress disorder: a prospective longitudinal birth cohort study. Journal of Abnormal Psychology, 117, 460–466.

Macsenaere M. & Knab, E. (2004). Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS): Eine Einführung. Freiburg: Lambertus.

Mattejat, F. & Remschmid, H. (2006). ILK: Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen: Ratingbogen für Kinder, Jugendliche und Eltern: Manual. Bern: Huber.

Mount, J., Lister, A. & Bennun, I. (2004). Identifying the Mental Health Needs of Looked After Young People. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 9(3), 363-382.

Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Kindheit und Entwicklung, 14, 48–57.

Pelcovitz, D., Kaplan, S. J., DeRosa, R. R., Mandel, F. S. & Salzinger, S. (2000). Psychiatric disorders in adolescents exposed to domestic violence and physical abuse. American Journal of Orthopsychiatry, 70, 360–369.

Polnay, L., Glaser, A. W., Dewhurst, T. (1997). Children in residential care: what cost? Archives of Disease in Childhood, 77, 394-395.

Rosner, R. & Hagl, M. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung. Kindheit und Entwicklung, 17, 205–209.

Schmid, M. (2007). Psychische Gesundheit von Heimkindern. Weinheim: Juventa.

Schmid, M (2009). Was braucht‘s? Welche Voraussetzungen sollten Angebote der (teil)stationären Jugendhilfe erfüllen, um psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden? [Electronic Version] Retrieved June 6, 2012, from http://www.tuellinger-hoehe.de

Schmid, M. (2011). Psychische Störungen in der stationären Jugendhilfe: Prävalenzen und Versorgungsprobleme. [Electronic Version] Retrieved June 6, 2012, from EQUALS project site, http://www.equals.ch/de/vortraege/2011.html

Schmid, M. & Fegert, J.M. (2006). Viel Lärm um nichts – Wie gebräuchlich ist die Wiedereingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII in der stationären Jugendhilfe? ZKJ 1, 30-35.

Schmid, M., Fegert, J.M. & Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. Kindheit und Entwicklung, 19 (1), 47 – 63.

Schmidt M.H., Petermann F., Macsenaere M. et al. (2002). Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe (Vol. 219), Stuttgart: Kohlhammer.

Schweitzer, J., von Schlippe, A. (2009). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II: Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Singer, H. (2010). Traumatische Erlebnisse, Psychopathologie und Delinquenz bei Heimjugendlichen im Schweizer Jugendhilfe- und Jugendstrafsystem (Doctoral Dissertation). [Electronic Version], Retrieved June 6, 2012, from http://scholar.google.de/scholar?hl=de&q= Traumatische+ Erlebnisse%2C+Psychopathologie+und+Delinquenz+bei+Heimjugendlichen+im+Schweizer+Jugendhilfe-+und+Jugendstrafsystem&btnG=&lr=

Statistisches Bundesamt (2004). "20% der Heimerziehungen endeten mit einem Abbruch" Pressemitteilung 29.12.2004, http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2004/p5520082.htm.

Statistisches Landesamt (2010). Kinder- und Jugendhilfe. [Electronic Version], Retrieved June 27, 2012, from http://www. statistik-berlin-brandenburg.de/ BasisZeitreiheGrafik/Bas-Kinder Jugendhilfe.asp?Ptyp=300&Sageb=22005&creg=BBB&anzwer=8

Stein, E., Evans, B., Mazumber, R., et al (1996) The mental health of children in foster care: a comparison with community and clinical samples. Canadian Journal of Psychiatry, 41, 385-391.

Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. Children and Youth Services Review, 30(1), 1-25.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. American Journal of Psychiatry, 148, 10–20.

Zegers, M.A., Schluengel C., van Ijzendoorn M. & Janssen M.A. (2006). Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: predicting the development of therapeutic relationships. American Journal of Orthopsychiatry. 76(3), 325-34.

15. Finanzierung 1.: Kinderpsychotherapeutische Maßnahmen finanziert durch die JH

Horst Körner und Ina Lübke

15.1 Anfrage an das Jugendamt der Stadt Brandenburg an der Havel zur Finanzierung notwendiger und geeigneter Maßnahmen im Zusammenhang mit Therapien

Psychotherapie ist ein psychologisches und/oder medizinisches Verfahren, mit dem psychische und psychosomatische Krankheiten, Leidenszustände oder Verhaltensstörungen behandelt werden. In der Kinder- und Jugendhilfe kommt Psychotherapie im Bereich „Hilfe zur Erziehung“ und „Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ zum Einsatz. Das Therapieziel ist die Förderung der Entwicklung durch Unterstützung der Eltern-Kind-Interaktion. Geeignet und notwendig sind Maßnahmen, die Erfolg versprechend erscheinen, um die Störung des Interaktionsprozesses zu beheben.

Eine Abgrenzung zwischen Voraussetzungen und Rechtsfolgen der Systeme Hilfe zur Erziehung (SBG VIII) und Krankenbehandlung (SGB V) ist schwierig. Die Grundregel des Nachrangs der Jugendhilfe (§ 10 Abs.1 SGB VIII) und fehlende gemeinsame verbindliche Handlungs- und Interventionsgrundlagen, führen zu ständigen Diskussionen bezüglich Zuständigkeit und Vergütung der Therapieleistungen zwischen den Vertreter/-innen der beiden Systeme. Obwohl Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit in beiden Systemen Richtungsziele sind, darf nicht übersehen werden, dass Diskussionen Energien binden, Arbeitszeit und somit Geld kosten. Schädlich wäre es, wenn diese Ressourcen den behandlungsbedürftigen Patienten bzw. den hilfebedürftigen Klienten vorenthalten würden, weil die Fachkräfte in größerem zeitlichen Ausmaß mit fallspezifischen und fallunspezifischen Fragen beschäftigt sind.

In der Jugendhilfe sind die Jugendämter in den meisten Bundesländern Ansprech- und Verhandlungspartner bei der Festsetzung von Entgelten (Tagesätzen in Einrichtungen, Fachleistungsstunden für ambulante Hilfen) und der Bewilligung von Therapien.

In diesem Artikel wird die Position eines Jugendamtes zu grundlegenden Tatbeständen der Bewilligungs- und Finanzierungspraxis von Therapien in Einrichtungen der Hilfe zur Erziehung dargelegt. Auf Grund der kommunalen Verantwortung für die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe ist dies nicht uneingeschränkt auf andere Regionen zu übertragen.

Haben Sie ein spezifisches Anforderungsprofil mit Einrichtungen bzw. Trägern der Hilfe zur Erziehung vereinbart, deren Mitarbeiter/innen psychisch gestörte Kinder/Jugendliche erziehen und betreuen sollen?

Aufgrund der Erfahrungen im Bereich der stationären Hilfe zur Erziehung zeigt sich, dass es vorwiegend um integrative Plätze geht. 1/3 der Kapazität sollte jungen Menschen mit einem behandlungsbedürftigen Störungsbild zur Verfügung stehen. Hinzu kommt, dass wir gegenwärtig das diagnostische Aufnahmeverfahren, gemeinsam mit den freien Trägern der Hilfe zur Erziehung, qualifizieren. Ziel ist es, höhere Transparenz bei der Bedarfsfeststellung zu erreichen, um somit zur bedarfsgerechten Betreuung beizutragen. Der Umgang mit der Wirkung einer Störung stellt eine hohe Anforderung an das (sozial-) pädagogische Personal. Daher kann eine Hinzuziehung von Beginn an ein Beitrag für eine bedarfsgerechte Unterbringung sein. Hinzu kommt, dass im Rahmen der konzeptionellen Beschreibung deutlich werden muss, welches Anforderungsprofil an die Erzieher/-innen gestellt wird und wie die Spezifik dieser Zielgruppe berücksichtigt werden soll.

Ist der Betreuungsumfang im Umgang mit psychisch gestörten Kindern/Jugendlichen größer? Wenn er größer ist, hat dies Auswirkungen auf den Personalschlüssel?

Eine Einzelfallentscheidung wird unabweisbar sein. Ausschlaggebend ist Ziel und Setting der therapeutischen Begleitung. Geht es beispielsweise darum, dass es der Eingliederung gem. § 35a SGB VIII dient, ist eine zusätzliche Hilfegewährung durchaus denkbar. Hierzu wäre eine ergänzende Hilfeplanung gem. § 36 SGB VIII erforderlich, da eine zu gewährende Hilfe §§ 27 Abs. 3, 30, 35 SGB VIII sein könnte. Der Anspruch ergibt sich beispielsweise aus § 35a SGB VIII. Geht es um die Begleitung zu einer therapeutischen Sitzung, ist m.E. die Begleitung durch eine (sozial-) pädagogische Fachkraft nicht erforderlich.

Ist eine methodisch ausgerichtete Elternarbeit bei Hilfen für psychisch gestörte Kinder und Jugendliche verpflichtend? Wie, wie oft und mit welchen Inhalten soll diese in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt gestaltet werden?

Elternarbeit ist in den Hilfen zur Erziehung immer verpflichtend. Die Frage ist, was ist bedarfsgerecht, konzeptionell beschrieben, was ist realistisch und was zeigt die Praxis. Zu unterscheiden ist hierbei zwischen dem Ziel des Kindes, Ziel der Eltern und Ziel der Familie. Gibt es ein Ziel der Familie, ist diese Zielerreichung durchaus durch eine Sozialpädagogische Familienhilfe gem. § 31 SGB VIIII zu erreichen. Somit sind zwei Hilfen zu gewähren, nämlich die Unterbringung gem. § 34 SGB VIII und die Sozialpädagogische Familienhilfe gem. § 31 SGB VIII. Im Regelfall erfolgt sechs

Wochen nach der Aufnahme die Konkretisierung des Wirkungsziels der Hilfe zur Erziehung. Die Steuerung obliegt dem öffentlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt) und die Konkretisierung erfolgt durch die Hilfeplanung, unter Berücksichtigung der Ressourcen.

Wie schätzen Sie den Arbeitsaufwand für Supervision, Qualitätsmanagement, Fortbildung ein und wie honorieren Sie diese Leistungen?

Supervision und Fortbildung sind Bestandteile der alltäglichen Arbeit und somit über den Tagessatz fest zu finanzieren. Das Qualitätsmanagement ist konzeptionell zu beschreiben, somit Teil des Angebotes und ebenfalls Teil der Finanzierung. Bewährt hat sich in der Stadt Brandenburg an der Havel, dass wir seit ca. 1999 gemeinsame Fortbildungen mit den freien Trägern der Hilfen zur Erziehung durchführen. Somit entwickelt sich ein gemeinsamer Qualitätsstandard. Dieser wird durchschnittlich alle zwei Jahre, im Rahmen einer gemeinsamen Klausurtagung, hinterfragt und fortgeschrieben.

Wenn ein Therapiebedarf indiziert ist, wie stellen Sie sicher, dass er auch entsprechend gedeckt wird?

Die Frage für mich ist, wer stellt den Therapiebedarf fest. Auch anders gefragt, was ist nach der Therapie anders? Nur so kann es m.E. gelingen, dass eine erforderliche Therapie im Alltag integriert werden kann. Zu klären ist im Hilfeplanprozess auch, was benötigt der junge Mensch, um einen erfolgreichen Verlauf seiner Therapie zu erleben.

Unter welchen Voraussetzungen finanzieren Sie, als Vertreter/-innen eines öffentlichen Trägers, Therapien in Einrichtungen der Hilfe zur Erziehung?

Zunächst gehe ich davon aus, dass eine behandlungsbedürftige Störung vorliegt und diese Leistungserbringung somit eine Leistung der Krankenkasse ist. Daher ist eine Antragstellung bei der Krankenkasse zwingend erforderlich. Bei Ablehnung durch die Krankenkasse erfolgt eine Einzelfallprüfung. Erscheint die therapeutische Leistung zielführend bezüglich des Hilfeplanprozesses, ist eine Gewährung gem. § 27 Abs. 3 SGB VIII bedarfsgerecht.

16. Finanzierung 2.: Leistungsbausteine aus der Sicht eines freien Trägers

Karin Kutschke

16.1 Worum geht es?

Wir, die Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung des ASB Regionalverband Barnim e.V. Bergvilla Adolf Reichwein, sind sehr froh darüber, dass wir am Modellprojekt „You´ll never walk alone“ teilnehmen durften. Die Intention der Einrichtung zur Teilnahme war und ist das Erfordernis der Vernetzung der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung mit der pädagogischen Betreuung-, Erziehung und Förderung im Jugendhilfebereich. Für unsere Zielgruppe, Kinder und Jugendliche mit Bindungs- und Kommunikationsstörungen, einschließlich autistischen Störungen, ist dies zwingend erforderlich.

Die spezifische Situation von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf erfordert eine besonders abgestimmte und Kontinuität sichernde Leistungsgewährung. Es ist unstrittig, dass eine Vernetzung aller an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligten Einrichtungen und Diensten erforderlich ist. Historisch bedingt steht dem entgegen, dass unterschiedliche Planungs- Entscheidungs-, Handlungs- und Finanzierungsstrukturen der Systeme Jugendhilfe und Gesundheit teilweise die Nutzung der Ressourcen und Kooperationsmöglichkeiten vor Ort behindern. Fatal für die Kinder und Jugendlichen und ihre Bezugspersonen und letztendlich auch für die Gesellschaft teurer ist es, wenn Ressourcen vorenthalten werden, mit deren zeitgerechter und bedarfsentsprechender Nutzung Abbrüche von Maßnahmen der Jugendhilfe und therapeutische Behandlungsabbrüche vermieden werden könnten.

Was hat sich seit der Teilnahme am Kooperationsprojekt von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-Psychotherapie verändert, bzw. entwickelt?

Ziel der Kooperation war und ist es, langfristige, stabile und multiprofessionelle Hilfen zu installieren und wiederholte Beziehungsabbrüche durch wechselnde Interventionen zu vermeiden. Längere stationäre Aufenthalte in der Klinik und Wechsel der Jugendhilfeeinrichtung konnten durch bedarfsgerechte ambulante Versorgung vermieden werden. Hilfeprozesse konnten optimiert und transparenter gestaltet werden. Schwellenängste der Kinder und Eltern zur Psychiatrie konnten durch gleichbleibende Bezugspersonen in beiden Systemen abgebaut werden. Das Modellprojekt erwies sich als Plattform für die voneinander lernenden Organisationen Jugendhilfe und

Kinderpsychiatrie. Durch die Vernetzung und effektivere Zusammenarbeit der Professionen an den Schnittstellen entstanden Synergieeffekte, sowohl bezogen auf die Entwicklung unserer Kinder und Jugendlichen, als auch auf das Verstehen der Möglichkeiten und Grenzen.

Auftakt war eine gemeinsame praxisbezogene Fortbildung zur Versorgung, Betreuung und Bildung von Kindern und Jugendlichen mit autistischen Störungsbildern. Nahe an allen bewegenden Fragen wurden gleichberechtigt und auf Augenhöhe durch die Mitarbeiter/-innen der unterschiedlichen Professionen individuell geeignete sozialpädagogische und therapeutische Unterstützungsmöglichkeiten diskutiert und reflektiert. Mit dem gegenseitigen Kennenlernen der Berufsfelder entstanden fachlich interdisziplinär qualifiziertere Sichtweisen und Haltungen in bezug auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen.

- Regelmäßige Sprechstunden im Wechsel in der Klinik und in der Jugendhilfeeinrichtung ermöglichten es, fallbezogen und zeitnah geeignete Interventionen anzubieten.
- In monatlichen Fallsupervisionen fanden Therapeuten der Klinik und die Pädagogenteams der Wohngruppen gemeinsam Antworten auf Fragestellungen zur individuellen Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung der Kinder.
- Krisenprävention war eine zentrale Aufgabe. Es gab und gibt einen gemeinsamen Kriseninterventionsplan zwischen Einrichtung und Klinik, der das Vorgehen in der Einrichtung und wenn erforderlich zeitnahe Beratung in der Ambulanz oder kurzfristige stationäre Krisenintervention in der Klinik beschreibt.

Durch die Transparenz der Prozesse für alle Beteiligten wuchs auch die Qualität der Elternarbeit und der Eltern-Kind-Beziehung. Die Ergebnisse der Studie und die eigenen Erfahrungen im Projekt haben für uns auch nach Beendigung der Finanzierung der Leistungsbausteine mit Hilfe von Projektmitteln ihre Gültigkeit behalten.

16.2 Stand der Zusammenarbeit im Herbst 2012

Das Martin Gropius Krankenhaus GmbH Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes und Jugendalters und die Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung des ASB Regionalverband Barnim haben zur Weiterführung des Projektes eine separate Kooperationsvereinbarung, zunächst für ein Jahr abgeschlossen. Die Zusammenarbeit beinhaltet die gemeinsame Interaktion der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendhilfeträgers sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KJPP. Somit können die qualitativ gewachsenen personellen Beziehungs- und Arbeitsstrukturen für das Klientel in der JH nur eingeschränkt erhalten werden. Die zwei

Bausteine: Sprechstunden, sowie Fallsupervisionen werden in geringerer Stundenzahl vor Ort angeboten. Die Finanzierung der involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe erfolgt zur Zeit anteilig aus den sehr knappen Mitteln des Jugendhilfeträgers für Fortbildung und Supervision., die psychotherapeutischen Leistungen werden im Kernbereich über die Krankenkassen finanziert. Die Zusammenarbeit erstreckt sich auf die Minderjährigen, die stationär in der Bergvilla Adolf Reichwein untergebracht sind und bei denen Handlungsbedarf besteht.

16.3 Ausblick

Jugendhilfe benötigt ein interdisziplinäres, prozessorientiertes Fall- und Ressourcenmanagement, das sich an den Entwicklungsprozessen von Kindern mit komplexem Hilfebedarf orientiert. Die Vernetzung der Systeme Jugendhilfe und Gesundheit wird für Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf auch zukünftig unverzichtbar sein. Diese Hilfen auch in den Alltag, am Lebensort der Kinder zu integrieren, kann auch als ein Beitrag zur Inklusion betrachtet werden. Aus den Projekterfahrungen sollten Bausteine der Zusammenarbeit und Vernetzung der Systeme sein:

- interne und externe fachübergreifende Fortbildungen bis hin zur Entwicklung von Fortbildungsreihen
- kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunden im Wechsel in der Einrichtung und in der Klinik
- Supervision/ Fallbesprechungen vor Ort
- Koordinationsgespräche mit dem Jugendamt, der Klinik und der Jugendhilfeeinrichtung sowie Qualitätsmanagement
- Beteiligung von Eltern und Schule, u. a. an Sprechstunden und Fallbesprechungen.

Nach dem Wegfall der Finanzierung im Modelprojekt ist es notwendig, über Anschlussfinanzierungen nachzudenken. Mögliche Finanzierungsformen könnten u. a. sein:

- Leistungen der Krankenkasse, welche die Klinik über die Krankenversicherung der Kinder abrechnet (z. B. zur Finanzierung der Sprechstunden vor Ort),
- im Jugendhilfebereich: Erhöhung des Anteils für Fortbildung und Supervision für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtung im Entgelt, wenn die Leistungsbeschreibung/das Konzept das spezifische Leistungsangebot im Konzept ausweist,

- modulare Entgelte auf der Grundlage § 27 Absatz 3, bzw. § 35a SGB VIII (z. B. um zweimal im Monat Supervision/Fallbesprechungen und Sprechstunden in der Einrichtung vorhalten zu können, für Qualitätsmanagement und Kooperationsgespräche mit Jugendamt, Klinik, Eltern und Schule sowie die Evaluation der Ergebnisse)
- weitere Fördermittel für Modell- und Forschungsprojekte zu weiterführenden und vertiefenden Themen und Fragestellungen.

Die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Teilsystemen werden zu Brücken für ganzheitliches Arbeiten mit den uns anvertrauten jungen Menschen, wenn die Zusammenarbeit der agierenden Personen auf Akzeptanz, Verständigung, Verständnis und einer über den Tellerrand hinaus blickenden Gegenseitigkeit basiert.

17. Finanzierung 3.: Das weitere Vorgehen

Horst Körner

17.1 Jede Einrichtung ist eine Firma

Dieser Artikel stellt den Versuch dar, anhand ausgewählter Beispiele eine Zusammenführung der Ideen eines Jugendamtes und eines Heimes zur Finanzierung notwendiger und geeigneter Jugendhilfe- und Therapiemaßnahmen vorzunehmen und problematisiert in diesem Zusammenhang eine offene Frage im Zuständigkeitsbereich zwischen Sozialarbeit/Jugendhilfe und Gesundheit.

Für die Berechnung von Tagesentgelten werden in beiden vorherigen Kapiteln drei Bedingungen berücksichtigt: die klammen Haushalte, die fachliche Modernisierung und die Zuständigkeitsfrage in Verbindung mit der Finanzierung von Leistungsbausteinen. Grundlage für die Berechnung von Tagesentgelten oder Fachleistungsstundensätzen in der Jugendhilfe ist die Qualität und Quantität einer Aufgabe (Tätigkeit) unter Berücksichtigung bestehender Gesetze (Arbeitszeitordnung, Aufsichtspflicht, hygienische und Sicherheitsvorschriften wie Brandschutz etc.) und fachlicher Standards. Eine Einrichtung hat nicht nur sozialpädagogische Ziele anzustreben und notwendige und sinnvolle Aufgaben wahrzunehmen, sondern muss Gesetze einhalten, die dem pädagogischen und sozialpädagogischen Auftrag übergeordnet sind. Wenn z. B. der Personalschlüssel einer Wohngruppe nicht ausreicht, um die bestehende Arbeitszeitordnung einzuhalten, kann der Träger nach einer Kontrolle bei fehlerhafter Dienstplangestaltung (Organisationsverschulden) mit einer Ordnungsstrafe oder auch mit härteren Sanktionen vom zuständigen Aufsichtsamt sanktioniert werden.

17.2 Zuständigkeits- und Leistungsstandards

Die vorgelegten Stellungnahmen eines Jugendamtes und einer pädagogischen Leitung einer Einrichtung befassen sich mit Zuständigkeits- und Leistungsstandards für stationäre und ggf. ambulante Angebote auf der Grundlage der Sozialgesetzgebung. Frau Kutschke skizziert den Sachverhalt in ihrem Artikel: „Die spezifische Situation von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf erfordert eine besonders abgestimmte und Kontinuität sichernde Leistungsgewährung.“ Es ist unstrittig, dass eine Vernetzung aller an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligten Einrichtungen und Diensten erforderlich ist. Historisch bedingt steht dem entgegen, dass unterschiedliche Planungs- Entscheidungs-, Handlungs- und Finanzierungsstrukturen der Systeme Jugendhilfe und Gesundheit teilweise die Nutzung der Ressourcen und Kooperationsmöglichkeiten vor Ort behindern“ (ebenda).

Eine Konsequenz dieser Einschätzung ist, dass die beiden Systeme vernünftigerweise nicht nur für ihren Bereich Landesgesetze, Kommentierungen, Rahmenverträge etc. erlassen und Abgrenzungen zum anderen System vornehmen sollten, sondern sie müssten eines vernünftigen Wirtschaftens wegen und im Sinn von Effektivität und Effizienz zum Wohle der Hilfebedürftigen und der Patienten im Schnittstellenbereich gemeinsame Richtlinien erlassen, die einen verbindlichen Charakter für beide Systeme haben. Wird diese schwierige Arbeit nicht erledigt, treten unnötige zwischenmenschliche und Sachkonflikte zwischen den in diesen beiden Bereichen Arbeitenden auf, die die Arbeit erschweren oder behindern und Geld kosten, das eigentlich den Adressaten (Patienten/Hilfebedürftigen) zusteht. Die einfache Frage lautet: wann sind Therapieleistungen von den Jugendämter zu vergüten und wann ist die Krankenkasse zuständig? In welcher Form diese Therapieleistungen z. B. von der Jugendhilfe finanziert werden soll (als Bestandteil eines Entgeltes oder ambulant als Module), ist eine sekundäre Frage.

17.3 Qualität der Betreuungstätigkeiten

Ohne Personalangaben und Belegungszahlen z. B. für eine Gruppe zu machen, führt Frau Lübke aus, dass die Erfahrungen im Bereich der stationären Hilfe zur Erziehung zeige, „dass es vorwiegend um integrative Plätze geht. 1/3 der Kapazität sollte jungen Menschen mit einem behandlungsbedürftigen Störungsbild zur Verfügung stehen“ (ebenda). Unter Jugendhilfeexperten unbestritten dürfte sein, dass der Betreuungsaufwand für Kinder mit einem behandlungsbedürftigen Störungsbild im Allgemeinen höher ist als bei Kindern, die ohne Therapiebedürftigkeit in der Gruppe aufwachsen. Wie hoch der tatsächliche Personalschlüssel für eine Gruppe von Kindern sein soll, ist nicht nur eine Frage der Quantität (also der Anzahl der Kinder einer Gruppe, der Betreuungsintensität eines Kindes unter Beachtung bestehender gesetzlicher Normierungen, Hilfeplanziele etc.), sondern auch eine Frage der Qualität der einzelnen Betreuungstätigkeiten. Ohne Aufwertung der Kooperationsaufgaben, die im Umgang mit Kindern „anfallen“ (dazu gehören die Kooperation mit der Klinik, die systemische Eltern- oder Familienarbeit, die Lehrergespräche etc.), ist die Qualität nicht wesentlich zu verbessern.

17.4 Supervision, Fortbildung und zum Qualitätsmanagement

Einigkeit in beiden Artikeln besteht darin, dass Supervision, Fortbildung und Qualitätsmanagement notwendige Erfordernisse und Bestandteile des Entgeltes sind. Letztlich muss im Konzept und in der heiminternen Leistungsbeschreibung ausgewiesen werden, wie hoch der Stundenumfang für diese Leistungen sein soll, um

nach Einigung der beiden Vertragspartner Heim/Jugendamt über dieses Leistungspaket eine rechnerische Hochrechnung der Einzelpositionen vorzunehmen.

17.5 Verbesserung der Krisenarbeit im Heim

Ein Thema in der vorliegenden Studie war die Verhinderung von ungeplanten Beziehungsabbrüchen und der Umgang mit Krisen in der Einrichtung. Als Ergebnis liegen den Einrichtungen Kriseninterventionspläne vor, die die Vorgehensweisen im Heim und die Zusammenarbeit zwischen Heim und Ambulanz bzw. zwischen Heim und stationären Aufenthalten in der Klinik beschreiben. Denkbar wäre, diese Module auf andere Versorgungsregionen auszuweiten, ohne einen großen finanziellen und personellen Aufwand zu haben. Muss das Rad immer wieder neu erfunden werden?

17.6 Fazit

Wir wissen aus konstruktivistisch-systemischer Perspektive, dass sowohl der Mensch als auch die organisatorischen Prozesse nur schwer zu beeinflussen, zu steuern und zu kontrollieren sind. Wenn die Steuerfunktion auf den oberen Hierarchieebenen eines Systems oder auf den Ebenen der beiden Systeme versagt, werden sich die Prozesse nicht mehr sinnvoll fachlich steuern lassen. Wenn die bewährten Strukturen des Kooperationsprojektes auch nachhaltig erhalten bleiben sollen, müssen sie in Einrichtungs- und Klinikstrukturen integriert werden. Außerdem werden Beschäftigte in beiden Systemen benötigt, die einen Sinn in der gesundheitlichen Förderung von benachteiligten Kindern sehen und sich dafür engagieren. Zu empfehlen ist, dass auch die anderen Heime im Land Brandenburg, die nicht am Projekt teilnehmen konnten, Kooperationsvereinbarungen mit ihren Versorgungskliniken abschließen. Dieser Prozess wird nur gelingen, wenn er vom Landesjugendamt oder einer anderen Behörde begleitet wird. Heimerziehung wird als teuer betrachtet. Wenn man aber sieht, dass in Heimen eine Stunde Betreuung pro Tag fünf oder sechs Euro kostet, dann erscheint der personelle und Sachaufwand nicht mehr hoch.

18. Wie weiter? – Die Sicht des Landesjugendamtes Brandenburg

Elke Wagner

Das Landesjugendamt im Bundesland Brandenburg ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport als überörtlicher Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Landesjugendamtes unterstützen das Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention und die Weiterentwicklung der Jugendhilfe im Land Brandenburg. Sie beraten und unterstützen die öffentlichen und freien Träger sowie Träger von Einrichtungen. Sie nehmen hoheitliche Aufgaben wahr und verfolgen dabei einen präventiven Beratungsansatz, unterstützen bei der Kooperation der Professionen und bei der Vernetzung der Dienste und Angebote im Sozialraum und wirken mit bei der Qualifizierung von Fachkräften der Jugendhilfe. Das Landesjugendamt ist zuständig für die Wahrnehmung der Aufgaben zum Schutz von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages betreut werden.

Der Träger einer solchen Einrichtung bedarf für deren Betrieb der Erlaubnis gemäß § 45 SGB VIII. Die Betriebserlaubnis ist zu erteilen, wenn das Wohl der Kinder und Jugendlichen in der Einrichtung gewährleistet ist. „Dies ist in der Regel anzunehmen, wenn

1. die dem Zweck und der Konzeption der Einrichtung entsprechenden räumlichen, fachlichen, wirtschaftlichen und personellen Voraussetzungen für den Betrieb erfüllt sind,
2. die gesellschaftliche und sprachliche Integration in der Einrichtung unterstützt wird sowie die gesundheitliche Vorsorge und die medizinische Betreuung der Kinder und Jugendlichen nicht erschwert werden sowie
3. zur Sicherung der Rechte von Kindern und Jugendlichen in der Einrichtung geeignete Verfahren der Beteiligung sowie der Möglichkeit der Beschwerde in persönlichen Angelegenheiten Anwendung finden.“ (SGB VIII, 2012)

Im Land Brandenburg gibt es im Jahr 2012 281 Träger von Einrichtungen, 393 Haupteinrichtungen mit 1161 Untereinrichtungen, die 5825 Plätze im Bereich der stationären Hilfen zur Erziehung vorhalten. Dazu kommen 81 teilstationäre Angebote in Tagesgruppen mit 661 vorhandenen Plätzen und 408 Plätze in Wohnstätten für Kinder und Jugendliche der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Für die konkreten

Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII im Einzelfall, also auch für die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der Jugendhilfe sind die örtlichen Jugendämter der Landkreise und kreisfreien Städte im Land Brandenburg zuständig.

Sie vereinbaren mit den sorgeberechtigten Eltern, den Kindern und Jugendlichen und anderen Beteiligten die Ziele und notwendigen Maßnahmen für eine entsprechende Hilfe und suchen nach einem Angebot unter den ihnen bekannten Einrichtungen, das geeignet erscheint, die Hilfeplanziele umzusetzen.

Mitunter ist eine rechtliche Zuordnung von psychiatrisch auffälligen und behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen nach § 35a SGB VIII hilfreich, genauer einzuschätzen, wie der konkrete Bedarf im Einzelnen aussieht und mit welchen Mitteln und Methoden ggf. pädagogisch oder therapeutisch Einfluss genommen werden könnte. Unter Einbeziehung einer Stellungnahme eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, ist hier im Vorfeld der Unterbringung eine kooperative Versorgung möglich, die jedoch kein Garant für eine kontinuierliche Kooperation während einer Unterbringung darstellt.

In Brandenburg gibt es grundsätzlich keine spezialisierten Einrichtungen für auffällige Kinder und Jugendliche mit einer psychiatrischen Diagnose, jedoch haben sich ausgehend von den Unterbringungsgründen und den daraus resultierenden Bedarfen Angebote entwickelt, die auf kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen fachlich gut vorbereitet sind und dementsprechend reagieren können. Aber auch in diesen Einrichtungen stoßen Erzieher/-innen und Sozialpädagogen/-innen immer wieder die Grenzen ihrer Profession. Nicht selten werden die kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen der Kliniken in Brandenburg um sofortige Aufnahme von Kindern und Jugendlichen ersucht, um Situationen zu verhindern, in denen die betroffene Person sich selbst oder andere Betreute in der Einrichtung extrem gefährdet. Nach einer kurzen Krisenintervention in der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung werden die Kinder und Jugendlichen entlassen und nicht immer ist die bisherige Einrichtung bereit und in der Lage, die Hilfe fortzusetzen. Dann sind wieder die unterbringenden Jugendämter gefragt, erneut nach einem geeigneten Heimplatz zu suchen. Mitunter wird das Landesjugendamt dann im Rahmen der Beratung von Jugendämtern der Landkreise und kreisfreien Städte in Brandenburg in die Suche einbezogen und um Unterstützung gebeten. Nicht selten sind diese Anfragen für den gleichen Jugendlichen mehrfach eingegangen.

Angeregt durch die Ergebnisse der Ulmer Heimkinderstudie [8] und unsere eigenen Erfahrungen in der pädagogischen Praxis der Einrichtungen wurde die Notwendigkeit, die Kooperation von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zu verbessern, immer drängender. Als Landesjugendamt hatten wir also ein großes Interesse, das Modellprojekt „You´ll never walk alone“ und damit die Entwicklung der Qualität in den stationären Hilfen zur Erziehung zu unterstützen und fachlich zu begleiten. An das Modellprojekt und vor allem an die Teilnehmer waren hohe Erwartungen geknüpft. Mit einem aufsuchenden Behandlungsprogramm für die psychiatrisch auffälligen, zum Teil unterversorgten Kinder und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen sollte eine psychiatrische Diagnostik, ggf. notwendige Behandlungen und/oder Psychotherapien ergänzend zur Erziehung in den Einrichtungen sichergestellt werden. Eine Qualifizierung der stationären Hilfen zur Erziehung und der Hilfeplanung sollte dazu beitragen, Verlegungen bzw. Abbrüche zu minimieren und sogenannte „Verschiebebahnhöfe“ zwischen Einrichtung und Klinik, wie vorn beschrieben, zu vermeiden. Die Beteiligung der örtlich zuständigen Jugendämter als Fallverantwortliche in den konkreten Hilfen sollte die Kooperationsbeziehungen über den Einzelfall hinaus etablieren und Kommunikationswege kontinuierlich gestalten.

Welche Erwartungen konnten erfüllt werden und was bleibt offen? Auf einige Ergebnisse des Modellprojekts ist bereits in den vorigen Kapiteln eingegangen worden. Für das Landesjugendamt als Betriebserlaubnis erteilender Behörde sind die Erfahrungen und Erkenntnisse aus den beteiligten Einrichtungen von besonderer Bedeutung, die sich nicht nur in Zahlen ausdrücken lassen:

Durch die aufsuchenden Sprechstunden konnten mehr Kinder und Jugendliche erreicht und für eine Behandlung aufgeschlossen werden. Besonders bei Jugendlichen konnten Vorurteile gegenüber psychologischen oder psychiatrischen Behandlungen abgebaut werden. Die intensiven persönlichen Kontakte, verlässliche Strukturen und die Einhaltung von Absprachen zwischen allen Beteiligten ermöglichten Kindern und Jugendlichen, Vertrauen zu den behandelnden Fachkräften zu entwickeln. Die teilnehmenden pädagogischen Fachkräfte bestätigten übereinstimmend ein gewachsenes gegenseitiges Verständnis für die Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Professionen. Besonders hilfreich wurde das Erarbeiten eines standardisierten Krisenmanagements erlebt. Die Auseinandersetzung mit dem Begriff der „Krise“ ermöglichte eine differenziertere Einschätzung der jeweiligen Situationen und vor allem eine konkrete Abfolge von Interventionsmöglichkeiten. Stufenpläne, Krisen- und Unterstützungspläne wurden von pädagogischen und psychologischen Fachkräften unter

[8] Goldbeck und Besier, 2009

Beteiligung von Kindern und Jugendlichen gemeinsam entwickelt und erhöhen damit deren Akzeptanz. Die Fallbesprechungen und Supervisionsmöglichkeiten wurden von allen pädagogischen Fachkräften sehr geschätzt und als unterstützend bei der Umsetzung der Hilfeplanziele, insbesondere für die Gespräche mit Eltern erlebt. Die Fortbildungsangebote für die stationären Einrichtungen wurden als Wissenserweiterung beschrieben, die Reaktionen von Kindern und Jugendlichen im pädagogischen Alltag erklärbarer werden lassen und zum besseren Verständnis von Ursachen und Wirkungen betragen. Ein gewachsenes pädagogisches Selbstverständnis durch notwendige Kenntnisse bei pädagogischen Fachkräften unterstützt dabei, Hilflosigkeit abzubauen, Verantwortung für eigenes pädagogisches Können zu übernehmen und abzugeben, wenn eigene Grenzen erreicht werden. Die gemeinsam erarbeiteten Kooperationsvereinbarungen zwischen stationären Einrichtungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendamt können dazu beitragen, im Projekt gewachsene Kommunikationsstrukturen auch künftig zu erhalten und letzten Endes eine stabilere Versorgung der Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten.

Einige dieser positiven Erfahrungen ließen sich nach Beendigung des Projektes in den pädagogischen Alltag überführen, wie z.B. die aufsuchende Sprechstunde in einzelnen Einrichtungen. Zum Teil sind neue Ideen entstanden, die guten Erfahrungen auszubauen, z.B. Fortbildungsveranstaltungen über die eigene Einrichtung hinaus. Die Erfahrungen und Ergebnisse auch in Zukunft fruchtbringend nutzen zu können und ggf. weiter zu entwickeln, bleibt auch als Aufgabe in der Arbeit der Betriebserlaubnis erteilenden Behörde. In den Verfahren zur Erteilung von Betriebserlaubnissen, während der Betriebsführung von Einrichtungen und in Beratungen von öffentlichen und freien Trägern zur Angebotsentwicklung werden die Erfahrungen des Modellprojektes Beachtung finden: Die konzeptionellen Ansätze von Einrichtungen der teilstationären und stationären Erziehungshilfe sollten strukturelle und fachliche Voraussetzungen in Einrichtungen berücksichtigen, die eine gelingende qualifizierte Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie unterstützen.

Dazu gehören neben der Bereitschaft zur Kooperation vor allem Kenntnisse über die jeweils andere Profession und ein Klima der gegenseitigen Achtung und Wertschätzung. Dies kann sich in einer Konzeption einer Einrichtung unter anderem ausdrücken in der Beschreibung von Grundhaltungen oder Leitbildern, dem beruflichem Selbstverständnis bzw. in der konkreten Darstellung der beabsichtigten oder bereits vorhandenen Kooperationsbeziehungen. Die Qualifikation und Anzahl des Personals, dessen Möglichkeiten zur Beratung, Qualifizierung und Supervision, gute räumliche Bedingungen und die Nutzung der Ressourcen im Umfeld einer Einrichtung bilden weitere unverzichtbare Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kooperation. Darüber hinaus sollten eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung und die Überprüfung der ei-

genen Arbeit zum Alltag einer Einrichtung gehören. Sind Zuständigkeiten – auch für Kooperation – zunächst in den Einrichtungen bzw. Trägern der Jugendhilfe selbst klar geregelt, fällt es auch leichter, darüber hinaus Transparenz herzustellen und Verantwortlichkeiten und Rollen eindeutig zu kommunizieren.

Grundsätzlich muss der Träger in seiner Konzeption Aussagen zur pädagogischen Ausrichtung und zu den Methoden seiner Arbeit beschreiben, die letztlich die Basis für die Umsetzung der im individuellen Hilfeplan vereinbarten Ziele bilden. Dabei wird von entscheidender Bedeutung sein, wie es der Einrichtung gelingt, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schulen und ggf. Polizei oder andere Institutionen angemessen zu beteiligen, einzuschätzen, wann eine psychiatrische Diagnostik aus ihrer Sicht notwendig erscheint und dies mit den Personensorgeberechtigten, den verantwortlichen Jugendämtern und nicht zuletzt mit den Kindern und Jugendlichen selbst abzustimmen. Gemeinsam mit den jeweiligen Jugendämtern entwickelte fachliche Standards zum Hilfeplanverfahren sind eine gute Voraussetzung für die Kooperation mit Dritten, hier den psychiatrischen Abteilungen der zuständigen Kliniken. Sie müssen weiter entwickelt und ständig auf ihre Praktikabilität und Wirksamkeit überprüft werden.

Als Erlaubnis erteilende Behörde verstehen wir unseren Auftrag darin, die Einrichtungen sowie freie und öffentliche Träger in all diesen Fragen zur Konzeption und zur Betriebsführung selbst zu beraten und sie darin zu unterstützen, ihre Angebote qualitativ weiter zu entwickeln. Dazu gehört auch, die Träger zu ermuntern, ihre gewonnenen Erfahrungen aus den entstandenen Kooperationsformen mit Kinder- und Jugendpsychiatrien auf andere Institutionen, z.B. Schulen auszuweiten und konzeptionell zu verankern. Dabei können sowohl Expertengespräche zur Multiplikation der Erfahrungen aus dem Modellprojekt als auch gemeinsame Qualifizierungsmaßnahmen für die Fachkräfte von Einrichtungen eine wertvolle Ressource sein und von Seiten der Betriebserlaubnis erteilenden Behörde unterstützt und befördert werden.

In Zukunft werden mehr Einrichtungen entstehen, die dem inklusiven Gedanken folgend Angebote für Kinder und Jugendliche mit den verschiedensten Ausgangslagen und Bedarfen bereithalten. Erziehungs- und Eingliederungshilfe werden durch gemeinsame Fallbesprechungen zur Ausgestaltung von Hilfen zu gemeinsamer Leistungserbringung kommen und dabei Erzieher/-innen, Sozialpädagogen/-innen und Therapeuten/-innen, Ärzte/-innen in multiprofessionellen Teams zusammenführen. Deshalb sind die Leistungsträger auch gefordert, Finanzierungsformen zu entwickeln, die nicht an den Grenzen der jeweiligen Profession scheitern. Innovative Ideen für konzeptionelle Ansätze in diese Richtung werden wir unterstützen.

18.1 Literatur

Goldbeck, L., Besier, T., Schmid, M., Fegert, J.M. (2009). Aufforderung zur interdisziplinären pädagogischen und jugendpsychiatrischen Versorgung. Die Ulmer Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Heimen. Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie 27:12-14.

19. Autorenangaben

Adam, Hubertus, Prof. Dr. med. habil.: Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, analytischer Familientherapeut, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Martin Gropius Krankenhaus, Eberswalde. Lehrauftrag an der Universität Potsdam zu „Kinderpsychiatrie und Schule“.

Burghardt, Roland, Dr. med.: Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Frankfurt (Oder). Davor zwölf Jahre an der Charité Universitätsmedizin Berlin mit den Forschungsschwerpunkten ADHS und Neurobiologie der Essstörungen tätig.

Cremerius, Dina, Dipl.-Psych., in Ausbildung zur systemischen Psychotherapeutin. Psychologin an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Martin Gropius Krankenhaus, Eberswalde.

EL Zaher, Regina: Diplom-Sozialpädagogin (FH), freiberufliche Dozentin und Beraterin mit den Schwerpunkten Jugendhilfe/Hilfe zur Erziehung.

Dulle, Marie: Diplom-Sozialarbeiterin/-pädagogin, Einrichtungsleiterin Stationäre Einrichtung in Osnabrück, Delegierte der IGfH.

Fritsche, Cornelia, Dipl.-Psych.: Psychologin an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Martin Gropius Krankenhaus, Eberswalde. Verhaltenstherapeutin, Supervisorin.

Giesen, Anke: Studium der Erziehungs- und Kommunikationswissenschaften, Systemische, tiefenpsychologische und methodisch-didaktische Zusatzausbildung, seit 2009 im SFBB für Fortbildung im Bereich HzE in Brandenburg tätig.

Günzel, Silvia: Approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, seit 2006 Mitarbeiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Frankfurt (Oder). Davor drei Jahre lang als Leitung eines Enthospitalisierungsprojektes chronisch schizophrener Patienten an der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik Berlin angestellt.

Himpel, Dr. med. Sunke Gerd: Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Asklepios Fachklinikum Brandenburg, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Leitender Oberarzt, Verhaltenstherapie, systemische Familientherapie.

Hoffmann, Martin, Dr.: Diplom-Psychologe, Projektleiter *„Ruhe in Bewegung“.*

Hoffmann, Doris: Psychologische Psychotherapeutin, Dozentin und Supervisorin am Institut für Tiefenpsychologie, Gruppentherapie und Gruppendynamik

(ITGG), tätig als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin im GFB Kinder- und Jugendheim „Heinrich Zille“ in Siethen.

Kauschke, Andrea, DM: Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Martin Gropius Krankenhaus, Eberswalde, Oberärztin der Psychiatrischen Institutsambulanz. Verhaltenstherapie.

Körner, Horst: 1981 - 2009 Leiter des Jugendhilfezentrums „Haus Conradshoehe“.

Kutschke, Karin: Diplomsozialpädagogin und systemische Familientherapeutin. Leiterin der Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung „Bergvilla Adolf Reichwein“ in Joachimsthal.

Lübke, Ina: Erzieherin und Diplom-Sozialarbeiterin/-pädagogin, Sachgebietsleiterin im Jugendamt, seit 2011 Fachgruppenleiterin Familie, Senioren und soziale Einrichtungen.

Neurohr, Sascha: Diplom Sozialpädagoge, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut i.A.

Pfau, Cornelia: Diplom Sozialarbeiterin und Diplom Sozialpädagogin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT), seit 2005 in der stationären Jugendhilfe von Domizil Leuchtturm gGmbH in Potsdam tätig.

Redlich, Tanja: Erzieherin, Heilpädagogin und Bachelor of Arts: Soziale Arbeit i. A., seit 2009 stellvertretende Einrichtungsleiterin und seit 2012 Einrichtungsleiterin Im Heimverbund Märkische Schweiz, davor 13 Jahre als Erzieherin und Heilpädagogin in der Einrichtung tätig.

Schwab, Alexis, Dipl.-Psych.: Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Martin Gropius Krankenhaus, Eberswalde. Psychodramatherapeut.

Wagner, Elke: Referatsleiterin Hilfen zur Erziehung im Landesjugendamt Brandenburg, davor viele Jahre im Regionalen Sozialpädagogischen Dienst eines Berliner Jugendamtes, Studium Pädagogik und Soziale Arbeit.