

Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg
Fakultät Life Sciences, Department Gesundheitswissenschaften
Studiengang Gesundheit

Diplomarbeit

Die *connect*-Fallberatung: Wirksamkeit und Nutzen aus Sicht der teilnehmenden Fachkräfte – Ergebnisse einer Expertenbefragung

vorgelegt von:
Uta Meinke

Tag der Abgabe: 31.08.2009

Betreuende Prüferinnen:

Prof. Christiane Deneke
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Lohbrügger Kirchstraße 65
21033 Hamburg

Diplom-Pädagogin Irene Ehmke
Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.
Büro für Suchtprävention
Repsoldstraße 4
20097 Hamburg

DANKSAGUNG

Zunächst möchte ich mich bei den sieben interviewten Fachkräften der *connect*-Fallberatung bedanken, die mir offen und hilfsbereit begegneten und die mir durch die Gespräche das Erstellen dieser Arbeit erst ermöglichten.

Des Weiteren gilt mein Dank meinen beiden Betreuerinnen, Frau Christiane Deneke und Frau Irene Ehmke, für die konstruktive und wertvolle Begleitung meiner Arbeit, sowie Herrn Jörn Nodorp, der mir als regionaler Projektkoordinator die Teilnahme an den *connect*-Fallberatungen ermöglichte.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	5
2	HINTERGRUND	8
2.1	SUCHT ALS KRANKHEITSBEGRIFF UND EPIDEMIOLOGIE	8
2.2	KINDER IN SUCHTBELASTETEN FAMILIEN	11
2.3	ANSÄTZE IN DER ARBEIT MIT BETROFFENEN VON SUCHTBELASTUNG.....	13
2.3.1	<i>GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION</i>	14
2.3.2	<i>KOOPERATION UND VERNETZUNG</i>	19
2.3.3	<i>KOLLEGIALE FALLBERATUNG ALS INSTRUMENT DES CASE MANAGEMENT</i>	22
3	DAS PROJEKT CONNECT	27
3.1	MODELLREGION.....	27
3.2	PROJEKTBAUSTEINE	28
3.3	VERLAUF UND WEITERENTWICKLUNG	31
4	METHODE	32
4.1	AUSWAHL DER ERHEBUNGSMETHODE.....	32
4.2	DER INTERVIEWLEITFADEN.....	33
4.3	AUSWAHL INTERVIEWPARTNER UND VERLAUF DER GESPRÄCHE	34
4.4	AUSWERTUNGSVERFAHREN	35
5	ERGEBNISSE AUS DEN EXPERTENINTERVIEWS	38
5.1	BEWEGGRÜNDE DER FALLGEBER FÜR DIE TEILNAHME UND DAS EINBRINGEN EINES FALLES IN DIE FALLBERATUNG.....	38
5.2	RAHMENBEDINGUNGEN.....	39
5.2.1	<i>INSTITUTIONELL</i>	40
5.2.2	<i>STRUKTURELL</i>	41
5.2.3	<i>ZEITLICH</i>	42
5.3	STELLENWERT DER FORTBILDUNGSMAßNAHMEN IM PROJEKT <i>CONNECT</i>	43
5.4	DIE UMSETZUNG DER IDEEN UND MAßNAHMEN AUS DER <i>CONNECT</i> - FALLBERATUNG UND DIE ANSCHLIEBENDE FALLENTWICKLUNG	44
5.5	KOMMUNIKATION	46
5.6	KOOPERATION.....	47
5.7	NUTZEN DER <i>CONNECT</i> -FALLBERATUNG FÜR DIE TEILNEHMER	49
5.8	OPTIMIERUNG	51
6	DISKUSSION	54
6.1	ERGEBNISDISKUSSION	54
6.2	METHODENDISKUSSION	60
6.3	FAZIT UND AUSBLICK	61
7	LITERATUR	65
	ANHANG A: INTERVIEW-LEITFADEN	71
	ANHANG B: CODEBAUM	72
	ANHANG C: ANAMNESEBOGEN DER <i>CONNECT</i>-FALLBERATUNG	74
	ANHANG D: AUSWERTUNGSBOGEN DER <i>CONNECT</i>-FALLBERATUNG	76

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: PROZENTUALER ANTEIL AN KLIENTEN, DIE MINDESTENS EIN KIND HABEN UND SICH 2007 IN AMBULANTER SUCHTHILFE BEFANDEN.....	10
TABELLE 1: ABLAUF EINER KOLLEGIALEN FALLBERATUNG MIT DEN JEWELIGEN PHASEN, AUSGANGSFRAGEN UND ZIELE	25
ABBILDUNG 2: DAS AUF EINER KINDERZEICHNUNG BASIERENDE LOGO VON <i>CONNECT</i> ..	27
ABBILDUNG 3: ANONYMISIERUNGREGELN.....	38
ABBILDUNG 4: VERHÄLTNIS ZWISCHEN FALLGEBER, FALLENTWICKLUNG UND FB.....	62

ABKÜRZUNGEN

BADO e.V.: Hamburger Basisdatendokumentation im Suchtbereich e.V.

BfS: Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V.

BSG: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
Hamburg

BSF: Hamburger Behörde für Soziales und Familie Hamburg

DHS: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

FB: Fallberatung

HAG: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung

WHO: Weltgesundheitsorganisation

GEBRAUCH DER MÄNNLICHEN UND WEIBLICHEN SCHREIBWEISE

Um den Lesefluss zu erleichtern und die Anonymität der Befragten zu bewahren, wurde auf die doppelte Bezeichnung in weiblicher und männlicher Form verzichtet, wie beispielsweise „Teilnehmer“ und „Experten“. Die Verwendung der männlichen Form schließt in der vorliegenden Arbeit stets auch das weibliche Geschlecht mit ein.

1 EINLEITUNG

Suchtbelastung ist in Deutschland ein weit verbreitetes Problem, dem oftmals nicht optimal vernetzte Hilfen für die Betroffenen und ihren Angehörigen gegenüber stehen. Das liegt zum einen in dem Erscheinungsbild der Suchterkrankung selbst, die sich meist im Verborgenen entwickelt, unsichtbar zunächst für die Familie und unsichtbar später für den Rest der Gesellschaft. Aber auch an der Kultur: In unserer Gesellschaft wird oft schon von einer *Kultur des Wegschauens* gesprochen, wenn es um problembelastete Mitmenschen geht. Die Fachkräfte in den entsprechenden Hilfesystemen sind zwar innerhalb ihres Fachgebietes stark vernetzt, jedoch kommt es meist darüber hinaus zu wenig Zusammenarbeit über das eigene Arbeitsfeld hinaus. Kooperation und Vernetzung nimmt als viel versprechender Arbeitsansatz heutzutage in nahezu allen Arbeitsbereichen eine hohe Bedeutung ein. Insbesondere im Gesundheits- und Sozialsektor erzeugen vernetzte Strukturen weitreichende und notwendige Synergieeffekte: Ressourcen können durch die erhöhte Transparenz gezielter eingesetzt werden, die verkürzten Kommunikationswege bewirken eine verstärkte und beschleunigte Handlungsfähigkeit. Hinzu kommt, dass unter ökonomischen Gesichtspunkten Über- oder Unterversorgungen von Klienten vermieden werden können.

Wissenschaftler gehen von etwa 2,7 Millionen Kindern und Jugendlichen in Deutschland aus, die von einer Suchtstörung mindestens eines Elternteils betroffen sind (Klein, 2007). Ein frühzeitiges Hinschauen und präventives Handeln ist hier besonders wichtig, denn die Kinder leiden häufig unter einer Vielzahl von körperlichen, seelischen und sozialen Belastungen. Ebenso ist die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer eigenen Suchtstörung oder einer psychosomatischen Erkrankung um ein vielfaches erhöht (Zobel, 2000). Auch deshalb sind betroffene Kinder vermehrt in den Fokus von Politik und zuständigen Fachbehörden gerückt (Baumgärtner; Scharping, 2006).

Vor diesem Hintergrund entstand in Hamburg im Jahr 2002 das Projekt *connect*. Hierin kommen regelmäßig Kooperationspartner aus den Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe, Suchthilfe, medizinischen Versorgung und Bildung

im Rahmen der *connect*-Fallberatung zusammen. Ziel dieses Projektes ist es, durch übergreifende Kooperation und Vernetzung die Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien zu verbessern, um im Sinne der frühen Hilfen positive Effekte für die Lebensumstände und Entwicklungschancen der Betroffenen zu erzielen (vgl. 3). Das interdisziplinär und niedrigschwellig ausgerichtete Projekt *connect* beinhaltet weitreichend gesundheitsfördernde und suchtpreventive Aspekte und hat daher für die ebenso interdisziplinär arbeitende Gesundheitswissenschaft eine besonders hohe Relevanz. In diesem Zusammenhang stellen Kinder in suchtbelasteten Familien, die als Zielgruppe weder leicht zu definieren, noch leicht zu erreichen sind (vgl. 2.2), eine besondere Herausforderung für die Gesundheitswissenschaft dar, die den Fokus auf Personengruppen legt, an denen sich gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen ausrichten.

Die vorliegende Arbeit untersucht die Wirksamkeit und den Nutzen der *connect*-Fallberatung und dient der begleitenden Projektevaluation. Zum Ende der Modellphase 2005 fand bereits eine interne Evaluation in Form von qualitativen Gruppeninterviews statt, die zum Fazit hatte, dass „die Fallberatung als methodischer Baustein zur Nutzung vorhandener fachlicher Ressourcen mit ihrem regulären Start Initialwirkung hatte“. Die Multiprofessionalität habe sich „im Laufe der Modellphase als eine effektives Instrument [...] etabliert“ (Baumgärtner; Scharping, 2005: 152). Anhand qualitativer Experteninterviews werden nun nach etwa 4 Jahren die Erfahrungen und Sichtweisen der teilnehmenden Fachkräfte evaluiert, um Möglichkeiten und Grenzen der *connect*-Fallberatung aufzuzeigen. Zudem wird hierbei auf einen möglichen Optimierungsbedarf hingewiesen. Dabei stellen sich folgende Fragen, die von zentralem Interesse sind:

- Wie wirksam ist die *connect*-Fallberatung und wie hoch ist der Nutzen für die teilnehmenden Fachkräfte?
- Worin liegen die Möglichkeiten und Grenzen und sehen die Experten einen Optimierungsbedarf?

Der Aufbau der Arbeit gliedert sich in folgende Kapitel: Das zweite Kapitel stellt den theoretischen Hintergrund der Arbeit dar. Da Kinder in suchtbelasteten Familien bei *connect* von großer Bedeutung sind, wird zunächst erst einmal näher auf den Begriff der Sucht und die Epidemiologie eingegangen, bevor anschließend die Auswirkungen einer Suchterkrankung - insbesondere für die Kinder als indirekt Betroffene - dargestellt werden. Im Anschluss werden exemplarisch Ansätze in der Arbeit mit Betroffenen aufgezeigt, die insbesondere unter präventiven Aspekten wichtig für die Zielgruppe sind: Gesundheitsförderung und Prävention, Kooperation und Vernetzung sowie das Instrument der *kollegialen Fallberatung* (FB). Im dritten Kapitel wird näher auf das Projekt *connect* und den Baustein der *connect*-Fallberatung eingegangen, bevor dann mit dem vierten Kapitel der empirische Teil der Arbeit beginnt. Darin wird näher die Auswahl des Experteninterviews als Erhebungsmethode, die Erstellung des Interviewleitfadens, die Auswahl der Interviewpartner, der Verlauf der Interviews sowie das Auswertungsverfahren erläutert. Im fünften Kapitel folgen die Ergebnisse der Experteninterviews¹, welche in Kategorien und zum Teil mit Originalzitate(n) versehen dargestellt werden. Die Ergebnisse und die Methode stehen im darauf folgenden sechsten Kapitel zur Diskussion, welches mit einem zusammenfassenden Fazit und einem Ausblick schließt.

¹ Aus Gründen der Anonymitätswahrung der interviewten Personen werden die Transkripte nicht dieser Arbeit angehängt.

2 HINTERGRUND

Eine Suchterkrankung betrifft nicht nur die konsumierende Person direkt sondern auch das nahe Umfeld, insbesondere das gesamte System Familie: Nicht nur die innerfamiliäre Dynamik und die Beziehungen untereinander verändern sich, sondern auch die Lebenssituation der einzelnen Familienmitglieder, weswegen oftmals die Bezeichnung *Familienkrankheit* verwendet wird. Im Folgenden wird auf den Krankheitsbegriff Sucht und auf epidemiologische Daten eingegangen sowie auf indirekt Betroffene: die Kinder in suchtbelasteten Familien, die im Projekt *connect* von zentraler Bedeutung sind. Im Anschluss werden Ansätze für die Arbeit mit der Zielgruppe direkt und indirekt Betroffener aufgezeigt, die außerhalb der therapeutischen Behandlung liegen.

2.1 Sucht als Krankheitsbegriff und Epidemiologie

In den westlichen Industriestaaten zählt die Suchterkrankung zu den häufigsten Erkrankungsursachen. Dabei wird allgemein zwischen psychischen und physischen sowie stoffgebundenen (z.B. Alkohol, Opioide, Cannabis, Tabak) und nicht stoffgebundenen Suchtformen (z.B. Spielsucht, Anorexie) von legalen und illegalen Stoffen unterschieden (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2006). Die *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) definiert Abhängigkeit² als „einen seelischen, eventuell auch körperlichen Zustand, der dadurch charakterisiert ist, dass ein dringendes Verlangen oder unbezwingbares Bedürfnis besteht, sich die entsprechende Substanz fortgesetzt und periodisch zuzuführen“ (WHO-Definiton, zit. von Suchthilfe Wetzlar). Für Klassifikation und Diagnostik gegenüber Kosten- und Leistungsträgern ist die ICD-10³ verbindlich. Darin sind die Stoffgruppen mit Ab-

² Im offiziellen Sprachgebrauch der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird seit 1964 der Begriff Abhängigkeitssyndrom statt Sucht genutzt. In der vorliegenden Arbeit werden beide Begrifflichkeiten synonym verwendet, da sich in ihren Bedeutungen keine Trennlinie ziehen lässt und in der Praxis der Begriff Sucht weit verbreitet ist (z.B. Suchthilfe, Suchtforschung, Suchtprävention).

³ Die „International Classification of Diseases“ (ICD) ist eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene internationale Klassifikation der Krankheiten.

hängigkeitspotenzial in der Kategorie F10-19 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ aufgeführt, sowie folgende charakteristische Kriterien, von denen drei oder mehr erfüllt sein müssen, um eine Suchtmittelabhängigkeit in Abgrenzung zum Missbrauch diagnostizieren zu können (WHO: Dilling; Freyberger, 2006). Dazu zählen:

- Toleranzentwicklung
- Zwangsverhalten
- Körperliche Entzugssymptome (Unruhe, Zittern, Angst)
- Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu vermindern
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- Vernachlässigung anderer Aktivitäten, um stattdessen zu konsumieren
- Konsum trotz des Wissens um negative Folgen

Alkohol stellt dabei eine der häufigsten Ursache für eine stoffgebundene Abhängigkeit dar. Seit 1968 ist Alkoholismus in der Bundesrepublik Deutschland durch das Bundessozialgericht als Krankheit anerkannt. Seit dieser Zeit gelten die Leistungspflichten der Krankenkassen und der Sozialversicherungen - nicht nur für die Folgeerkrankungen, sondern auch für die Alkolabhängigkeit an sich. Auch wenn diese durch den Einzelnen bedingt ist, wird sie nicht vorsätzlich erworben und unterscheidet sich von multifaktoriell bedingten Erkrankungen, wie z.B. Herzinfarkt, Diabetes mellitus oder Hypertonie (DHS, 2003: 9ff). Schätzungsweise 2,5 Millionen Alkoholabhängige leben in der BRD. Das *Robert Koch-Institut* Berlin (RKI) geht davon aus, dass die Volkswirtschaft durch alkoholassoziierte Krankheiten jährlich mit fast 20 Milliarden Euro belastet wird und rund 42.000 Todesfälle pro Jahr im Zusammenhang mit riskantem Alkoholkonsum stehen (RKI, 2002). Eine exakte Ziffer der Suchtmittelabhängigen in Deutschland ist schwierig zu erfassen. Ein Grund von vielen ist, dass die Erkrankung sich meistens lange Zeit im Ver-

borgenen entwickelt, unsichtbar zunächst für die Familie und den Rest der Gesellschaft.

Aufgrund epidemiologischer Studien wird davon ausgegangen, dass bis zu 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 18 Jahren von einer Suchtstörung mindestens eines Elternteils betroffen sind. Die Zahl aller Angehöriger (insbesondere Kinder, Eltern, Partner) liegt schätzungsweise bei über 4 Millionen Personen (Klein, 2007a: 22). Auf Hamburg übertragen entspricht dies rund 50.000 Minderjährigen, deren Eltern mit Suchtproblemen konfrontiert sind (Baumgärtner, Scharping; 2006). Der letzte Statusbericht der *Hamburger Basisdokumentation*⁴ (BADO e.V., 2007) zeigte, dass der Anteil dokumentierter Betreuungen in ambulanter Suchthilfe innerhalb von 5 Jahren um etwa ein Viertel zugenommen hat. Bezogen auf Kinder, die in Hamburg in suchtblasteten Familien leben, wurden folgende Angaben weiblicher und männlicher Klienten erfasst:

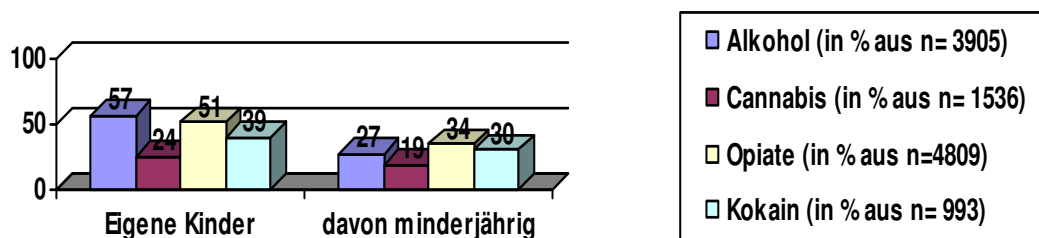


Abbildung 1: Prozentualer Anteil an Klienten, die mindestens ein Kind haben und sich 2007 in ambulanter Suchthilfe befanden. Quelle: BADO e.V. Hamburg; Diagramm: U. Meinke

Nach den Daten aus dem letzten Statusbericht 2007 der BADO e.V. leben 689 minderjährige Kinder noch bei den Klienten. Die Dunkelziffer miteinbezogen wird die Gesamtzahl allerdings um ein vielfaches höher eingeschätzt, da

⁴ Die Hamburger Basisdatendokumentation e.V. (BADO e.V.) ist ein Zusammenschluss von Freien Drogenhilfeträgern in Hamburg und der *Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz* (BSG). Sie beinhaltet alle Kompletterfassungen der 42 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen.

sich die vorliegenden Zahlen auf Menschen beziehen, die sich offiziell ambulant behandeln ließen. Der erhobene biografische Hintergrund zeigt den deutlichen Zusammenhang zwischen den Klienten und einem erlebten Suchtverhalten ihrer eigenen Eltern: 47 % der wegen Alkoholproblemen Hilfe suchenden Klienten gaben an, dass ein Elternteil bereits Suchtprobleme hatte, bei 13 % traf die Auskunft auf beide Elternteile zu. Bezüglich dem elterlichen Konsum illegaler Drogen liegen die Angaben ähnlich zwischen 50-60 % (BADO e.V.; 2007: 13, 38, 63, 72).

2.2 Kinder in suchtbelasteten Familien

Wie zuvor dargestellt ist die Zahl Kinder suchtkranker Eltern hoch. Dennoch wurden sie als indirekt betroffene Personengruppe lange übersehen, sowohl von der Öffentlichkeit, als auch von den „Professionellen“ - der Suchtkrankenhilfe und der Forschung. Erst seit den 1970er Jahren sind sie wieder verstärkt in den Mittelpunkt wissenschaftlich psychologischer Forschung und klinischer Forschung gerückt. Klein (2007a: 22) sieht die Ursachen für das verstärkte Interesse, neben internationalen Einflüssen, im Zuwachs von familientherapeutischen und systemischen Wissen durch zahlreiche wissenschaftliche Studien. Trotzdem geraten die Kinder oftmals meist erst in den Blickwinkel der Fachleute, wenn sie selbst krankhafte Auffälligkeiten zeigen oder es um die Frage geht, ob sie weiter bei den kranken Eltern leben können, z.B. bei Verdacht auf Vernachlässigung und Gefährdung des Kindeswohls (im Sinne des SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe).

Alkohol stellt im Projekt *connect* nach Aussagen der teilnehmenden Fachkräfte eine der häufigsten Ursachen für Suchtbelastungen in den Familien dar. Nach heutigem Kenntnisstand müssen Kinder von Alkoholabhängigen als größte Risikogruppe für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit angesehen werden, denn mehr als 30 % von ihnen werden selbst im Laufe ihres Lebens alkoholabhängig. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die betroffenen Kinder im Vergleich zu Kindern nicht suchtkranker Eltern ein bis zu sechsfach höheres Risiko haben, selbst ab-

hängig zu werden oder Alkohol zu missbrauchen (Arenz-Greiving, 2007: 7; Zobel, 2000).

Die Atmosphäre in einer Suchtfamilie ist durch eine ängstlich gespannte Erwartungshaltung, Misstrauen, Unruhe und fehlender Geborgenheit gekennzeichnet. Im Gegensatz zu anderen Kindern sind die betroffenen Kinder häufiger Streit, konflikthafter Auseinandersetzungen und Disharmonie zwischen den Eltern sowie extremen Stimmungsschwankungen und Unberechenbarkeiten im Elternverhalten ausgesetzt. Zudem werden sie häufiger Opfer von Misshandlungen (physisch, psychisch, sexuell), Vernachlässigung und mangelnder Förderung und sind infolge der Suchtprobleme stärker vom sozialen und finanziellen Abstieg bedroht (Klein, 2007). Um traumatische Erlebnisse zu kompensieren, nehmen die Kinder oft extreme Verhaltensmuster und Rollen als Überlebensmuster an, was sich erschwerend darauf auswirkt, belastete Kinder überhaupt zu identifizieren oder zu erreichen. Aufgrund der negativen Erfahrungen können sich bei den Kindern Symptome geringen Selbstwertgefühls, mangelnder Selbstwirksamkeitserwartung und häufig auch Selbsthass und Schuldgefühle entwickeln. Als Erwachsene fallen sie in klinischen Studien häufig „durch unzureichende soziale Kompetenzen, mangelnde psychosoziale Anpassung, mangelndes Selbstwertgefühl, mangelndes Vertrauen in Beziehungen, mangelnde Fähigkeit zu intimen Beziehungen, unzureichende Bewältigungsstrategien, mangelnde Verhaltenskontrolle, Co-abhängiges Verhalten sowie der bevorzugten Wahl eines abhängigen Partners“ auf (Zobel, 2000: 69).

Gleichwohl ist die Gefahr der Stigmatisierung groß: Zobel (2000) kritisiert wiederum auch, dass Kinder von abhängigen Eltern oft als defizitär und gestört dargestellt werden und kaum eine Chance auf eine normale Lebensführung bekommen. Durch diesen störungsorientierten Ansatz werden die Kinder oder Jugendlichen vorschnell als unvermeidlich problematisch oder benachteiligt einordnet, obwohl es sich um eine sehr heterogene Personengruppe handelt: Zwar bestehen Gemeinsamkeiten, aber auch deutliche Unterschiede, wie Studien gezeigt haben. So macht es einen Unterschied, ob ein Elternteil oder beide Eltern abhängig sind, ob Vater oder Mutter, noch

andere psycho-soziale Störungen bei den Eltern vorliegen, es sich um Töchter oder Söhne handelt etc. Wichtige Einflussfaktoren auf die Auswirkungen sind z.B. auch der Schweregrad der Abhängigkeit, der Zeitpunkt des Auftretens, die Dominanz des Suchtmittels, der Verlauf der Abhängigkeit, die Häufigkeit der Exposition des Kindes gegenüber den Folgen des süchtigen Verhaltens und das Bewahren von „gesunden Anteilen“ im Familienleben (Klein 2007; Zobel, 2000).

Der Begriff der *Co-Abhängigkeit* (vom US-amerikanischen „Co-dependency“) fällt häufig im Zusammenhang mit Lebenspartnern und Kindern als „Komplizen“ von Suchterkrankten und gilt als familiärer Risikofaktor. Das Konzept der Co-Abhängigkeit beschäftigt sich bereits seit den 1960er Jahren mit den Phasen in der Entwicklung von Partnern bzw. Angehörigen von suchtmittelabhängigen Menschen (Rennert, 2000: 69ff). Primär geht es um Verhaltensweisen und Haltungen, die das Leiden der Suchtkranken oftmals unbewusst verlängern, und durch Tun oder Unterlassen dazu beitragen, dass der süchtige oder suchtgefährdete Mensch süchtig oder suchtgefährdet bleiben kann, z.B. durch die Beschaffung des Suchtmittels, entschuldigendes oder gar ignoranten Verhalten (Fengler, 1994). Klein (2007a: 22ff) kritisiert dabei allerdings u.a. die eindimensionale Vorstellung vom Angehörigen als „Co-Abhängigen“, eines Menschen mit klar vorhersagbarem Persönlichkeitsbild und stark problematischen Zügen und Verhaltensweisen. Er sieht eine Übertragung des Co-Abhängigkeitskonzepts aus dem Partnerschaftsbereich auf die Kinder suchtkranker Eltern sowohl als unnötig als auch als schädlich da die Kinder als Personengruppe differenziert betrachtet werden sollten. In der vorliegenden Arbeit kann jedoch aufgrund des zeitlichen und inhaltlichen Umfangs nicht näher auf dieses kontrovers diskutierte Thema eingegangen werden.

2.3 Ansätze in der Arbeit mit Betroffenen von Suchtbelastung

Wie im vorigen Kapitel bereits dargestellt, sind Kinder suchtkranker Eltern(teile) erheblichen Stresssituationen und Risiken ausgesetzt. Anhand der zunehmend erforschten Lebenssituation der betroffenen Kinder und den da-

mit verbundenen Belastungen und Gefährdungen (vgl. 2.2) wird deutlich, dass eine permanente Zusammenarbeit verschiedener Helfersysteme (insbesondere Kinder- und Jugendhilfe, Suchthilfe und der medizinische Sektor) und die Weiterentwicklung und Verbesserung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen, unerlässlich ist.

Das Projekt *connect* setzt hier niedrigschwellig und interdisziplinär auf Sozialraumebene an⁵. Im folgenden Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, was Gesundheitsförderung und Prävention beinhalten und für die Arbeit mit „Suchtfamilien“ bedeuten? Und warum sind dafür wiederum Kooperation und Vernetzung wichtig? Diese Arbeitsansätze - außerhalb von ambulanten und stationären therapeutischen Maßnahmen - werden vorgestellt. Ebenso die Kollegiale FB in ihren allgemeinen Grundzügen, da dieses eine Instrument im Projekt *connect* darstellt und im Rahmen dieser Arbeit untersucht werden soll.

2.3.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Um den Ansatz der Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention darzulegen, stellt sich erst einmal die grundlegende Frage nach dem Verständnis des Gesundheitsbegriffs und der darauf basierenden Gesundheitsförderung. Es gibt zahlreiche Definitionen von Gesundheit, jedoch keine allgemeingültige und wissenschaftlich anerkannte (Waller, 2006: 9). Nach der am weitesten verbreiteten Gesundheitsdefinition der WHO ist nicht nur das körperliche Befinden, sondern ebenso das psychische und soziale Wohlbefinden von Bedeutung: „Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ Diese Definition aus der Verfassung der WHO stammt aus dem Jahr 1946, ist dennoch aufgrund der ganzheitlichen Sichtweise sehr aktuell. Mit der Erklärung, die über die kurativ-medizinische Sichtweise und bloße Krankheitsvermeidung hinausgeht, wurde schon damals ein klares Zeichen

⁵ Sozialraum: örtliche, regionale und institutionelle Struktur eines Ortes in dem Menschen leben.

gesetzt, Gesundheit und Krankheit als interdisziplinär und mehrdimensional anzusehen (Waller, 2006: 10f). Gesundheit ist ein elementares menschliches Anliegen und Grundwert insbesondere für Frieden und soziale Gerechtigkeit und als Grundrecht in Artikel 25 der allgemeinen Menschenrechtserklärung der UN von 1948 verankert: „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen [...]“. Kritiker der WHO-Definition von Gesundheit bewerten diese angesichts der mehrheitlich schlechten Lebenslage der Weltbevölkerung als utopisch und bemängeln, dass die Begriffe „Zustand“, „Krankheit“ und „Gesundheit“ einen zu statischen Charakter haben.

Einen Perspektivenwechsel hat der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky bereits in den 1970er Jahren mit dem Begriff Salutogenese eingeleitet. Sein Salutogenetisches Modell wird als Schlüsselkonzept für die Gesundheitsförderung und Public Health bezeichnet (Kaba-Schönstein, 2003). Es geht der Frage nach, wie Gesundheit entsteht, als Kontrast aber auch ergänzend zur Pathogenese, welche sich mit der Krankheitsentstehung beschäftigt. Demnach wird Salutogenese nicht als Zustand, sondern als Prozess verstanden, der den Menschen befähigt mit den psychosozialen Belastungen des Lebens erfolgreich umzugehen. Nach dem salutogenetischem Ansatz lassen sich Krankheit und Gesundheit nicht klar voneinander abgrenzen, sondern sind eher als Endpunkte auf einem Kontinuum anzusehen. Nicht der Leidensweg einer Krankheit wird betont, sondern das Gesundheitspotenzial von belastenden Faktoren (Stressoren). Diese stehen als Gegenpol zu schützenden Faktoren (Widerstandsressourcen) in einem interaktiven Prozess, wodurch bestimmt wird, wo sich der Mensch auf diesem Kontinuum gerade befindet (Waller, 2006: 22f). Nach Hurrelmann und Franzkowiak (2003: 53f) ist Gesundheit deswegen „kein unveränderbarer Zustand, sondern eine täglich aktiv herzustellende Balance“, die sich durch das Verhältnis von Ressourcen und Risiken in einem ständig dynamischen Prozess befindet. Gelingt es dem Menschen sowohl innere (physische und psychische) als auch äußere (soziale und materielle) Anforderungen zu

bewältigen, vermittelt Gesundheit als ein erreichtes Stadium Wohlbefinden und Freude.

Hier setzt auch die Resilienzforschung an, auf deren Ergebnisse viele pädagogische Konzepte fundieren: mit Resilienz ist eine psychische Widerstandsfähigkeit des Menschen gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken gemeint, die erst dann Bedeutung erhält, wenn es eine signifikante Bedrohung gab und eine erfolgreiche Bewältigung dieser Lebensumstände stattgefunden hat. Als Gegenstück zur Vulnerabilität (=verwundbar sein) meint Resilienz nicht nur die Abwesenheit psychischer Störungen, sondern auch den Erwerb und Erhalt altersangemessener Fähigkeiten und Kompetenzen. Grundsätzlich zielt die Resilienzforschung darauf ab, ein besseres Verständnis darüber zu erlangen, welche Faktoren und Bedingungen psychische Gesundheit und Stabilität erhalten und fördern (Wustmann, 2004: 18ff). Sie hat persönliche, familiäre und soziale Ressourcen erkannt, die Kinder auch unter erschwerten Bedingungen trotzdem zu gesunden Erwachsenen entwickeln lassen⁶. Viele primärpräventive Maßnahmen, insbesondere in Hinblick auf Suchtentwicklung, richten sich an den Ressourcen aus. Die Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen spielt eine wesentliche Rolle wenn es um die Wahrung des Kindeswohls geht (Ziegenhain, 2007). Das verdeutlicht auch, dass es bspw. in der praktischen Arbeit mit problembelasteten Familien wichtig ist, sich weniger von scheinbaren Defiziten leiten zu lassen, sondern sich vermehrt an den Ressourcen und Fähigkeiten der Kinder und deren Eltern in deren Lebenssituation zu orientieren.

Kolip und Hurrelmann (2002) plädieren als Wissenschaftler für ein biopsychosoziales Modell, das sowohl die genetische Disposition, die physiologische und hormonelle Regulation, die psychische Belastungsverarbeitung, die beruflichen und familiären Rollen, soziale Integration und Unterstützung sowie das Körperbewusstsein berücksichtigt. Es soll die bio-medizinische

⁶ Im Umfang dieser Arbeit wird nicht vertieft auf die Resilienzforschung, Schutzfaktoren und Risikofaktoren eingegangen. Zum aktuellen Stand der Forschung zu Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen vgl. Bengel; Meinders-Lücking et al. (2009).

Sichtweise nicht ablösen, sondern vielfältig ergänzen. Da Theorien zur Erklärung gesundheitlicher Unterschiede, auch in Hinblick auf geschlechtergerechte Forschung, und die daraus resultierenden Gesundheitsförderungsmaßnahmen sich immer auf heterogene Bevölkerungsgruppen beziehen, hilft dieser umfassende Ansatz angemessen zu interpretieren, zu bewerten und zu handeln. Basierend auf ihrem mehrdimensionalen Gesundheitsbegriff, entwickelte die WHO ein Modell der Gesundheitsförderung, welches in der Ottawa-Charta von 1986 festgehalten wurde und den entscheidenden Anstoß zur modernen Gesundheitsförderung gab (Gutzwiller; Paccaud, 2007). Darin heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen [...] Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin“. Der Betonung der Gesundheitsförderung darauf ab, die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Lebensweisen und die persönlichen Ressourcen und Kompetenzen zu selbstbestimmtem Handeln aller Menschen für ihre Gesundheit in allen Lebensphasen zu fördern (*Empowerment*). Die Interventionen setzen an den Lebensbedingungen der Menschen in ihrem jeweiligen *Setting* an, dem alltäglichen Lebensraum als einen Ort, in dem sie viel Zeit verbringen. Aus dem Verständnis von Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta ist der Setting-Ansatz als eine Kernstrategie entstanden, der damit Lebensbereiche, Systeme und Organisationen meint, wie z.B. Vereine, Krankenhäuser, Schulen, Betriebe, die Gemeinde oder Stadt(teile) (Kaba-Schönstein, 2003). Der komplexe Ansatz der Gesundheitsförderung versteht sich also primär nicht als Auftrag an das Medizinsystem oder das Gesundheitswesen, sondern benötigt vielmehr die aktive Beteiligung der Gesellschaft sowie die Zusammenarbeit diverser Akteure und Berufsgruppen. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit ist als eine der drei wichtigen Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung „Vermitteln und Vernetzen“ in der Ottawa Charta verankert, wel-

che ebenso im Projekt *connect* unter Berücksichtigung des Settingansatzes umgesetzt wird (vgl. 2.3.2 sowie 3).

Die Prävention hingegen stellt eine andere und ältere Arbeitsweise dar, die in der Zeit der Industrialisierung und Urbanisierung des 19. Jahrhunderts im Sinne der Sozialhygiene aufkam. Der Fokus liegt vordergründig auf der Krankheitsvermeidung (Prophylaxe) und der Verminderung von Gesundheitsrisiken und hat einen pathogenen Ansatz, der nach Risikofaktoren fragt, die eine Krankheit entstehen lassen. Dabei werden drei Präventionsarten unterschieden: Die primäre Prävention bezieht sich auf die Vorbeugung des ersten Auftretens einer Störung und zielt somit auf die eigentliche Verhinderung von Krankheit mit langfristiger Perspektive ab, wie durch Maßnahmen der Krebsvorsorge oder Impfungen. Die sekundäre Prävention und tertiäre Prävention zielen darauf ab, vorhandene Krankheiten und deren Folgen durch Früherkennung und Behandlung zum Stillstand zu bringen oder zu verzögern und Rückfälle oder chronische Zustände zu reduzieren, bspw. durch Rehabilitation (Gutzwiller; Paccaud, 2007). Gesundheitsförderung und Prävention werden oft in einem Satz genannt, haben aber doch zwei sehr unterschiedliche Blickwinkel in ihrem Grundverständnis. Nicht für alle Wissenschaftler und Praktiker lassen sich beide Arbeitsweisen eindeutig trennen, da beide in einer Wechselwirkung zueinander stehen können: „Sowohl die krankheitsorientierte Herangehensweise der Prävention als auch der salutogene Ansatz der Gesundheitsförderung zielen letztendlich - wenn auch aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit verschiedenen Strategien - auf die Gesundheit der Bevölkerung und sollten als einander ergänzend betrachtet werden [...] Bei der Entwicklung von Strategien, Programmen und Maßnahmen zur Prävention ist immer nach beiden Aspekten zu fragen“, sowohl wie Krankheitsrisiken vermieden werden können als auch wie Ressourcen gestärkt werden können (Walter; Schwartz, 2001: 23).

In Hinblick auf Kinder aus suchtbelasteten Familien lässt sich dies auch an folgenden Beispiel verdeutlichen: So senken vom Kind entwickelte Resilienzen das Risiko, dass es eine eigene Sucht entwickelt, während die Suchtprävention die Entwicklung von Resilienzen als einen Schutzfaktor gegen die

Suchtentstehung fördert. Die wichtigsten Grundsätze von präventiven Maßnahmen liegen dabei in der Frühzeitigkeit, der Dauerhaftigkeit und Vernetzung. Insbesondere Berufsgruppen die mit Familien und Kindern arbeiten, gilt es dafür zu sensibilisieren, eine Suchtproblematik überhaupt zu erkennen um adäquat reagieren zu können.

2.3.2 Kooperation und Vernetzung

Wie schon in Kapitel 2.3.1 erwähnt, nennt die Ottawa Charta als eine von drei Handlungsstrategien für die Gesundheitsförderung „vermitteln und vernetzen“ (engl: „mediate“). Demnach ist „der Gesundheitssektor weder allein verantwortlich noch in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien [...]“. Möglichst alle Menschen in ihrem jeweiligen Lebensraum gilt es zu erreichen und zu beteiligen, was die Bedeutung des Setting-Ansatzes, die Förderung von Empowerment und der Teilhabe unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Vielfaltigkeit (Diversity)⁷ unterstreicht: „Programme und Strategien zur Gesundheitsförderung sollten den örtlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Länder und Regionen angepasst sein und die unterschiedlichen Gesellschafts- und Wirtschaftssysteme sowie die kulturellen Gegebenheiten berücksichtigen“ (WHO, 1986).

Professionellen, Experten und Mitarbeitern im Gesundheitswesen kommt dabei eine verstärkte Rolle bei der Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen und Bereichen der Gesellschaft zu. Kooperation als Strategie stellt dabei eine problembezogene, zeitlich und sachlich abgegrenzte Form

⁷ Der Ansatz von Diversity in der Gesundheitsförderung zielt primär darauf ab, gesundheitliche Chancenungleichheiten zu mindern. Das bedeutet Zielgruppen genauer zu definieren und ihre Verschiedenartigkeit (Diversität) stärker zu berücksichtigen, insbesondere bezüglich kultureller Herkunft, Alter, Geschlecht, Religion, Behinderung, sexueller Orientierung und sozialem Status.

der gleichberechtigten Zusammenarbeit dar, in der idealerweise zuvor alle Beteiligten in einem gemeinsamen Prozess die Ziele unter definierten Zielkriterien abgestimmt haben. Kurzum: durch Arbeitsteilung und Spezialisierung wird gemeinsam mehr erreicht, als im Alleingang. Bei der Vernetzung kommt es zum organisierten Zusammenwirken verschiedenen aufeinander abgestimmter Angebote in einer Versorgungsregion und einem Versorgungssystem (van Santen; Seckinger, 2003: 27ff). Ziel dabei ist u.a. durchlässigere Strukturen zu schaffen, Handlungsfähigkeit und Synergieeffekte zu erhöhen, Ressourcen zu nutzen und Lerneffekte zu erzielen um damit kooperative Prozesse zu unterstützen und aufrecht zu erhalten. Grundsätzlich werden vertikale und horizontale Strukturen von Kooperation unterschieden (Trojan, 2003):

- Horizontale Kooperation bedeutet die Verknüpfung von unterschiedlichen politischen Sektoren und verschiedenen Lebensbereichen der Menschen, wie beispielsweise eine „Stadtteilkonferenz“ oder eine Veranstaltung wie „Gesundheitstage“.
- Vertikale Kooperation meint die Verbindung der unterschiedlichen politischen Ebenen, von der internationalen, nationalen bis hin zur lokalen Ebene und umgekehrt.

Trojan (2003) betont die Notwendigkeit dieser Strukturen, da häufig vorkommende Konflikte und Wettbewerb zwischen den verschiedenen Vertretern der Gesundheitsförderung die Wirkung der Zusammenarbeit beeinträchtigen. Intermediäre Instanzen, sog. „Brücken Einrichtungen“ wie bspw. Mütterzentren, Elternschulen oder Beratungsstellen, vermitteln zwischen gesellschaftlichen Großinstitutionen und kleinen Bürgerzusammenschlüssen; unterstützen aber auch freiwillige Verbundsysteme wie regionale Arbeitsgemeinschaften oder Gesundheitsförderungskonferenzen.

Kooperation und Vernetzung als Schlüsselbegriffe für interdisziplinäre und effiziente Arbeitsprozesse sind zunehmend gefragt und erwünscht, insbesondere im Gesundheits- und Sozialbereich, und gilt als Mittel der Qualitätssicherung. Von Kardoff (1998: 204) beschreibt folgende Erwartungen: „Auf

einer sozialpolitischen Ebene verbinden sich mit dem Kooperations-, Koordinations- und Vernetzungsdiskurs Forderungen und Erwartungen nach Rationalisierung, Kosteneinsparung, Vermeidung von Fehl- und Doppeluntersuchungen, Steigerung von Wirksamkeit und Effizienz sowie die Nutzung von Synergieeffekten durch gezielte Formen der Vernetzung“. Auch an die Kooperationspartner sind hohe Erwartungen und Voraussetzungen geknüpft, wie multiprofessionelles, kommunikatives und flexibles arbeiten unter funktionierender Aufgabenteilung ohne Hierarchie (Trojan, 2003: 241). In der Berufspraxis gilt es dann unterschiedliche Zielgruppen, Themen, Berufsgruppen und Institutionen, die sich oftmals auch durch ihren jeweiligen Träger unterscheiden, miteinander zu verknüpfen.

Nicht selten scheitern gemeinsame Projekte an Problemen wie unzureichender Kommunikation, fehlende gemeinsame Ziele, Konkurrenzdenken zwischen verschiedenen Berufsgruppen, unausgewogen eingebrachte Ressourcen oder mangelndes Verständnis für die unterschiedlichen Arbeitsweisen der Arbeitspartner. Nicht zuletzt die zunehmende Arbeitsverdichtung und der damit verbundene erhöhte Arbeitsdruck unter knappen finanziellen Mitteln können die Motivation dämpfen (Naidoo; Wills, 2003: 160f). Es zeigt sich dass Kooperation kein Selbstläufer ist, der Erfolg hängt davon ab ob sie „gelebt“ wird und Bereitschaft zur Kommunikation besteht. Diesbezüglich sollten Reibungen nicht der Harmonie wegen vermieden werden, da diese wichtig für die Dynamik in der Zusammenarbeit sind. Netzwerke und Kooperationsverbände, die sich freiwillig zusammenschließen, haben oftmals bessere Voraussetzungen für gutes Gelingen, als solche, die von einer höheren Instanz (z. B. der Politik) angeordnet und entwickelt werden. Zusammenarbeit sollte verbindlich gemacht werden, bspw. durch eine Kooperationsvereinbarung. Darin können u.a. Rollen und Pflichten der einzelnen Partner, gemeinsame Zielvereinbarungen aber auch die Kriterien für das Scheitern bzw. beenden der Zusammenarbeit festgehalten werden (Böhm; Janssen et al., 1999: 56). Zudem kommt einer koordinierenden Person eine zentrale Bedeutung zu, die Verantwortung übernimmt und durch Prozesssteuerung die Fäden in der Hand hält.

2.3.3 Kollegiale Fallberatung als Instrument des Case Management

Case Management

Seit den 1970ern und 80er Jahren wird überwiegend im Sozial- und Gesundheitswesen das Konzept des Case Management (Fallmanagement) zur Optimierung der Hilfe im konkreten Fall angewendet. Der Arbeitsansatz stellt eine innovative Erweiterung der Einzelfallhilfe⁸ durch Planung und Steuerung dar, und findet immer häufiger Anwendung. Fachkräfte sollen befähigt werden, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend einzusetzen. Durch die Ressourcenbündelung können Doppelversorgungen vermieden und finanzielle Mittel eingespart werden. Aufgabe ist es, zielgerichtet Kooperationsnetze zu organisieren, zu kontrollieren und zu evaluieren. Der gesamte Prozess ist zeitlich begrenzt und am konkreten Unterstützungsbedarf der Person ausgerichtet. Der Klient soll dabei aktiv in das Ablaufschema miteinbezogen werden, um dessen Selbstbestimmung (Empowerment) und Selbstverantwortung zu stärken (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, 2009).

Die kollegiale Fallberatung

Die FB ist ein methodisches Instrument des Case Management und entstand ursprünglich im Bereich Sozialer Arbeit und aus der Arbeit mit Lehrern, die ihre Praxisschwierigkeiten beim Umgang mit Schülern als „Fälle“ vortrugen und sich im Kollegenkreis Rat einholten. Es unterstützt niedrigschwellig bei der Reflexion und Klärung von personenbezogenen, aber auch strukturellen Problemstellungen und wird zunehmend für verschiedene Berufsgruppen zur Beratung und Qualifizierung bedeutsam. Besonders in pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Berufen mit erhöhter psychosozialer Arbeitsbelastung laufen Arbeitnehmer erhöhte Gefahr, ein Burn-out-Syndrom oder das sog. Helfersyndrom zu entwickeln und damit handlungsunfähig zu werden. Das Beratungsteam öffnet durch den fachlichen Austausch über unterschied-

⁸ Einzelfallhilfe als sozialpädagogische Interventionsform setzt am Klienten an und findet bspw. in Form von Beratung oder Vermittlung materieller Hilfen oder einer sozialpädagogische Familienhilfe statt.

liche Erfahrungen und Perspektiven den Blickwinkel des Ratsuchenden für neue Handlungsmöglichkeiten und fängt Unsicherheiten beim Treffen von Entscheidungen ab, was eine entlastende Wirkung erzielen kann (Schlee, 2004). Die kollegiale FB spricht darüber hinaus auch Führungskräfte in Unternehmen und Behörden an, die sich beruflich durch den Ausbau von praktischen Moderations- und Beratungskompetenzen qualifizieren möchten. Dazu trägt sicherlich auch bei, dass es sich um eine kostengünstige und zeitökonomische Variante handelt und vielen Arbeitgebern häufig die finanziellen Mittel für andere kostenintensivere Beratungsformen fehlen. Hinzu kommt auch die Möglichkeit der flexiblen Ausrichtung, je nach Bedarf und Adressat.

Von der kollegialen FB wird im deutschsprachigen Raum synonym auch z. B. von Intervision oder kollegialer Beratung gesprochen. Konzeptionell bestehen sehr große Parallelen zur Supervision, denn beides bildet dabei eine Form der „Hilfe zur Selbsthilfe“. Der Unterschied zur Supervision liegt darin, dass die kollegiale FB reihum geleitet werden kann, stark strukturiert ist, in Phasen abläuft und kollegial, d.h. unter beruflich Gleichgestellten stattfindet (Schlee, 2004). Es ist kein externer Supervisor anwesend, so dass die Beteiligten nicht auf Anweisung eines Experten, sondern im Konsens aus eigener Verantwortung heraus handeln, was wiederum die Eigenverantwortlichkeit und das Selbsthilfepotential der Beteiligten im Sinne des Empowerment fördert. Ausgangspunkt bilden konkrete Fälle: Ein Fall kann sich auf alle Personen und Probleme aus dem Berufsalltag der Fachkraft beziehen, kann aber auch eine Arbeits-, Leitungs-, oder Entscheidungssituation sein, wie bspw. eine bevorstehende Aufgabe oder eine Situation oder Konstellation, an der sich was ändern sollte und für die der Fallgeber Klarheit braucht, um angebracht entscheiden und handeln zu können (Rimmasch, 2003).

Merkmale der kollegialen FB

Folgende Merkmale weist das Konzept der kollegialen FB auf (Tietze, 2003; Kopp;Vonesch, 2003):

- Der Beratung findet idealerweise in einer Gruppe von mindestens 5 bis maximal 10 Personen statt

- Ein professioneller Berater (externer Coach, hauptberuflicher Berater) ist nicht anwesend. Alle Teilnehmer besitzen die gleichen Kenntnisse, haben gleich viel Verantwortung und gestalten somit den Prozess selbständig.
- Alle Teilnehmer sind aktiv beteiligt und garantieren durch das Einbringen des jeweiligen Fachwissens, der Erfahrungshintergrund und fachliche Kompetenz das Gelingen der kollegialen FB.
- Es werden Lösungen für die beruflichen Praxisprobleme entwickelt.
- Ablauf, Methode und Rollenverteilung sind allen Teilnehmern bekannt und macht die kollegiale FB somit berechenbar und verlässlich.

Rollenverteilung in der kollegialen FB

- Der Fallgeber: steht als Protagonist mit der Fallschilderung und dem erhofften Klärungswunsch im Mittelpunkt der kollegialen FB. Er gibt nicht nur inhaltliche Informationen und beantwortet Verständnis- und Vertiefungsfragen der Berater, sondern bestimmt auch den Verlauf des Prozesses erheblich mit.
- Der Moderator: moderiert die Wortbeiträge der Teilnehmer, leitet den Gruppenprozess, aktiviert die Gruppe, knüpft und verbindet die Gesprächsfäden.
- Die Berater bilden sich aus den übrigen Teilnehmern. Sie verhelfen als kollegiale Berater dem Fallgeber durch ihre Ideen, Fragen und Gedanken.
- Der Sekretär (optional) notiert alle Beiträge auf einem Flipchart, damit keine Gedanken oder Informationen verloren gehen, beteiligt sich aber auch an der Ideensammlung.
- Der Prozessbeobachter (optional) nimmt nicht selbst teil, sondern gibt der Gruppe im Anschluss eine Rückmeldung seiner Beobachtungen, um die Qualität der Methode zu sichern und ggf. zu optimieren.

Ablauf der kollegialen FB

Die Beratung erfolgt nach einer festen Struktur, die aus mehreren Phasen besteht. Jeder Phase ist ein gewisses Zeitfenster eingeräumt, was beim Vergleich der Ablaufmodelle nach Tietze (2003) in etwa jeweils nur 5-10 Minuten

sind, während Kopp und Vonesch (2003) für die Beratungsphase mindestens die doppelte Zeit vorsehen⁹. Der Ablauf, an dem sich Praktiker orientieren können, wird an dieser Stelle zusammengefasst in einer Tabelle übersichtlich dargestellt:

Tabelle 1: Ablauf einer kollegialen Fallberatung mit den jeweiligen Phasen, Ausgangsfragen und Ziele. Darstellung: U. Meinke in Anlehnung an Tietze (2003: 60ff) und Kopp; Vonesch (2003: 77ff)

Phase	Rolle	Leitfragen	Ziele
1 Vorbereitung/ Casting	Alle Teilnehmer	Welche Anliegen existieren? In welcher Reihenfolge wird beraten?	Rollen des Moderator und Fallgeber festlegen (Beobachter, Sekretär optional), die übrigen Teilnehmer sind als Berater gefragt Anliegen ermitteln Reihenfolge festlegen
2 Spontanbericht des Fallgebers	Fallgeber Berater	Worum geht es in diesem Fall? Wie stellt sich die Situation für den Fallgeber dar? Was muss ich zur Beratung noch wissen?	Problemsituation darstellen Alle Teilnehmer haben den Fall in groben Zügen verstanden Nachfragen stellen
3 Schlüsselfrage formulieren	Alle Teilnehmer	Was möchte der Ratsuchende mit unserer Hilfe klären?	Fallsituation analysieren, Schlüsselfrage herausfiltern, die den Klärungswunsch ausdrückt
4 Methodenwahl	Alle Teilnehmer	Welche Beratungsmethode benutzen wir?	Gemeinsame Auswahl einer Methode, z.B. Brainstorming
5 Beratung	Berater Fallgeber	Welche Lösungsideen kann ich anbieten? Welche Lösungsideen sprechen mich warum an?	Lösungsideen entwickeln Lösungsvorschläge sammeln Lösungsideen bewerten
6 Abschluss	Alle Teilnehmer Fallgeber	Wie wurde der Beratungsprozess erlebt? Wie bewerte ich die Zusammenarbeit, das Ergebnis und meinen Beitrag? Welche Anregungen waren für mich wertvoll, was nehme ich mit?	Prozess reflektieren und bewerten

⁹ Da es sich vornehmlich um Richtwerte handelt, geht die Autorin der vorliegenden Arbeit nicht näher auf den Zeitrahmen ein, zumal sich diese in der Berufspraxis spezifisch ergeben.

Eine gelingende Beratung erfordert vom Team insbesondere ein hohes Maß an Empathie, Wertschätzung gegenüber anderen und Vertraulichkeit (Tietze, 2003). Wird ein Fallgeber trotz der eigenen Praxisprobleme ernst genommen und respektiert und nehmen sich die anderen Fachkräfte freiwillig Zeit, um dem Ratsuchenden Entlastung durch ihre Beratung zu verschaffen, wächst das Vertrauen in die Gruppe. Die Freiwilligkeit zur Teilnahme an der kollegialen FB ist ebenso eine entscheidende Voraussetzung, damit das größte Interesse und Engagement für das Gelingen der Beratung aufgebracht wird. Kommunikative Fähigkeiten und die Bereitschaft Fallsituationen einzubringen, Neues zu erlernen und Gewohntes zu verändern, sind allerdings nicht bei allen Teilnehmern gleichmäßig ausgeprägt. Hierin können auch die Grenzen der kollegialen FB liegen, vor allem aber wenn fehlendes Vertrauen oder komplexe Spannungen Konflikte im Team auslösen.



Abbildung 2: Das auf einer Kinderzeichnung basierende Logo von *connect*.
Quelle: Hamburger Büro für Suchtprävention

3 DAS PROJEKT *CONNECT*

Die Grundlage für die Entwicklung des Projekts *connect* entstand 2002 auf einer Tagung des seit 18 Jahren aktiven Hamburger Arbeitskreises „Kinder von Suchtkranken“ der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. „Das Hilfesystem ist nicht in der Lage, den erhöhten Risiken der Kinder adäquat zu begegnen“ war das Fazit der Tagung (*connect* in der Good Practice-Datenbank, 2008: 2). Anlass war, dass die BADO e.V. erstmals Statistiken über behandelte Klienten mit Kindern in der ambulanten Versorgung veröffentlichte. Die zuständige Gesundheitsbehörde äußerte in Anbetracht der hohen Anzahl Handlungsbedarf, da erkannt wurde, dass die Hilfe für die Kinder häufig zwischen verschiedenen Zuständigkeitsschranken versandet.

Ziele

Der leitende Grundgedanke für die Entstehung von *connect* war es, nicht neue Angebote einzurichten, sondern an die vorhandenen Hilfen durch Kooperation und übergreifende Vernetzung anzuknüpfen und diese systematisch zu stärken. Durch die Bündelung ihrer Kompetenzen soll den Kindern und ihren Familien in ihrer jeweiligen Situation effektiver und niedrighschwelliger begegnet werden, um die Entwicklungschancen der Kinder nachhaltig zu verbessern. Zudem geht es darum, dass Fachkräfte durch Qualifizierung betroffene Kinder besser identifizieren können und die Öffentlichkeit für das (oftmals tabuisierte) Thema „Kindern aus suchtbelasteten Familien“ zu sensibilisieren, ohne diese dabei zu stigmatisieren.

3.1 Modellregion

Als Modellregion wurde auf Empfehlung des Dezernats und der Jugendhilfeplanung im Bezirk Altona der Stadtteil Osdorf (Sozialraum 15) ausgewählt.

Ausführliche Sozialraumbeschreibungen lagen vor. Sie zeigten, dass die Region hinsichtlich der Kriterien wie Altersstruktur, Einkommensstruktur, Arbeitslosigkeit, Bildungsgrad, Wohnraumqualität, Anzahl von HzE-Maßnahmen¹⁰ etc. eine sozial schwache Struktur aufweist (Ehmke, 2006). Nach Aussagen der professionell Tätigen vor Ort lebt jedes fünfte Kind in Osdorf in einer suchtblasteten Familie; einige Fachkräfte aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe schätzen den Anteil der Hilfe suchenden suchtblasteten Familien auf ca. 70 % ihrer Gesamtklientel (Baumgärtner; Scharping; 2003: 6). Suchtblastung als ein weit verbreitetes Problem in den Familien traf auf unzureichende Hilfestrukturen. Die Fachkräfte waren zwar innerhalb ihres Fachgebietes stark vernetzt, jedoch kam es darüber hinaus zu wenig bereichsübergreifende Zusammenarbeit und Kommunikation.

3.2 Projektbausteine

Vor Projektbeginn wurden leitfadengestützte Interviews mit Fachkräften der verschiedenen Arbeitsbereiche in Osdorf sowie Fragebogenerhebungen durchgeführt. Damit konnten Kooperations-, Fortbildungs- und Qualifizierungsbedarfe sowie die Lebenssituation der Familien und die bestehenden Vernetzungsstrukturen vor Ort erfasst werden. Die Modellphase fand von August 2003 bis August 2005 statt und es gelang, durch gezieltes Projektmanagement folgende zentrale Projektbausteine in dieser Zeit einzuführen und zu strukturell verankern:

Entwicklung einer verbindlichen und nachhaltigen Kooperationsstruktur

33 Einrichtungen aus den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe, Suchthilfe, medizinischer Versorgung, KiTa, Schule und dem Freizeitbereich konnten für die Zusammenarbeit gewonnen werden. Basis bildet die gemeinsam entwickelte Kooperationsvereinbarung.

¹⁰ Hilfe zur Erziehung (HzE) ist ein im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG §§ 27ff) verankertes Recht der Erziehungsberechtigten auf Unterstützung, wenn ein Kind erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit sich oder anderen zeigt. Maßnahmen sind bspw. Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsberatung oder Heimerziehung.

Qualifizierung und Sensibilisierung der Fachkräfte

Nach Bedarfsermittlung fanden regelmäßig Fortbildungen und Workshops statt, was die Zusammenarbeit förderte und den Teilnehmern die Möglichkeit gab, ihr Wissen als Multiplikatoren an Arbeitskollegen weiterzugeben. Dazu wurden Grundlageninformationen (z.B. Anzeichen einer Suchterkrankung) und methodisches Vorgehen (z.B. Gesprächsführung, kreative Methoden) vermittelt, sowie Fachgespräche zwischen einzelnen Arbeitsfeldern geführt. Nicht nur in der Öffentlichkeit herrscht oftmals durch Tabuisierung und Unsicherheit eine „Kultur des Wegsehens“, wenn im Umfeld Familien und Kinder unter den (Sucht)Problemen der Eltern leiden. Es galt, die Fachkräfte durch die Weiterbildung in ihrer Handlungssicherheit zu unterstützen und zu sensibilisieren sowie frühzeitig die Anzeichen einer gesundheitlichen, sozialen und/oder psychischen Gefährdung bei Kindern durch eine Suchtproblematik in der Familie wahrzunehmen, um dieser adäquat zu begegnen (Ehmke, 2006).

Kollegiale Fallberatung

Den dritten Baustein stellt die *connect*-Fallberatung dar, die Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist. Eingeführt wurde sie zeitlich verzögert im Januar 2005, was den Vorteil bot, dass die verschiedenen Kooperationspartner erst einmal die Möglichkeit erhielten, sich in den Fortbildungsmaßnahmen kennen zu lernen um eine Vertrauensbasis aufzubauen. Die Ziele, Merkmale und Abläufe einer Kollegialen FB wurden bereits vorgestellt (vgl. 2.3.3). Die außerordentliche Besonderheit an der *connect*-Fallberatung ist jedoch ihre Multiprofessionalität, mit der Herausforderung der präventiven Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, Suchthilfe, medizinischer Versorgung, KiTa, Schule und dem Freizeitbereich. Folgende Aussage beschreibt den besonderen Anspruch sehr treffend: „Die Arbeit stellt einen sensiblen Bereich dar, in dem ständige Balanceakte zwischen Datenschutz, Sorge um Stigmatisierung und Verantwortlichkeit für die Kinder (Kindeswohl) eine Rolle spielen“ (Ehmke; 2006: 28).

Mit der Einführung im Modellprojekt sollte ein nachhaltiger und verbindlicher Baustein etabliert werden, mit dem Ziel, die vorhandenen fachlichen Ressourcen auszuschöpfen und die Hilfeangebote zu dynamisieren. Einen niedrigschwiligen Charakter bekam die *connect*-Fallberatung zudem durch eine Koordinationskraft als Anlaufstelle vor Ort, die neben koordinierenden und organisierenden Tätigkeiten durch permanente Kontaktpflege die Kommunikation unter den Teilnehmern aktiviert und erhält. Planungsgemäß findet die *connect*-Fallberatung inzwischen quartalsweise statt und sieht im zeitlichen Rahmen von etwa 2 Stunden zwei Fallbesprechungen vor. Darüber hinaus kann im akuten Fall jedoch auch eine kurzfristige und außerplanmäßige Fallbesprechung als Zwischenberatung einberufen werden. Diese findet im kleinen Rahmen statt. Es werden Personen hinzugezogen, die hinsichtlich der Fallbearbeitung und Lösungsfindung aufgrund ihres Berufs oder der Einrichtung individuell gefragt sind. Die FB wird durch eine professionelle Kraft aus der Suchthilfe moderiert. Der Koordinator protokolliert und visualisiert den anonymisierten Fall und die erarbeiteten Lösungsvorschläge auf einer Vierfeldertafel mit den Kategorien:

- Vermutung des Fallgebers
- Feststehende Tatsachen
- Ressourcen der Familie
- Maßnahmen

Der Fallgeber füllt vor der Fallvorstellung einen Anamnesebogen mit den Grunddaten zur Situation des Kindes aus. Der Koordinator verschickt im Anschluss das Protokoll an die Teilnehmer und fasst nach etwa 3 Monaten beim Fallgeber nach, ob eine Veränderung eintrat. Hierzu wurde 2007 ein Auswertungsbogen implementiert, der u.a. Fragen nach der Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen sowie die Einschätzung zur Wirksamkeit enthält (siehe Anhang C, D).

Zur Qualitätssicherung, aber vor allem um die Expertise der Teilnehmer in die Planung und Weiterführung fließen zu lassen, wurden zum Ende der Modellphase qualitative Gruppeninterviews zur Untersuchung der FB durchge-

führt. Die Ergebnisse zeigten u.a., dass die Mitarbeiter durch die Vernetzung die Wege als kürzer empfanden und der FB eine Brückenfunktion zukommt. Die Multiprofessionalität bringt verschiedene Kompetenzen und Perspektiven zusammen und wurde als Chance zur Außenansicht und Selbstreflexion empfunden (Baumgärtner; Scharping, 2005).

3.3 Verlauf und Weiterentwicklung

Das Büro für Suchtprävention hat die Gesamtkoordination sowie die Projektbegleitende Evaluation übernommen; die regionale Koordination liegt bei dem Jugendhilfeträger Vereinigung Pestalozzi e.V. Die Finanzierung wurde durch Zuwendungen der *Hamburger Behörde für Soziales und Familie* (BSF), der *Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung* (HAG) und aus Spenden ermöglicht. Dank des erfolgreichen Verlaufs konnte der Kooperationsverbund über die Projektphase hinaus erhalten und ausgeweitet werden. Nach dem Tod der siebenjährigen Jessica im April 2005 und weiteren gravierenden Fällen von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung in Hamburg und ganz Deutschland, setzte die Hamburgische Bürgerschaft den Sonderausschuss „Vernachlässigte Kinder“ ein. Um weitere Gefährdungen abzuwenden, verfasste dieser Empfehlungen an den Senat mit den Zielen, möglichst alle Kinder zu erreichen, Risikofamilien zu identifizieren und die Hilfesysteme klarer auszurichten.

Die positiven Erfahrungen von *connect* unterstrichen die Notwendigkeit und den Ausbau der Maßnahme „Netzwerkmanagement“ (Senat der Freien und Hansestadt Hamburg; 2006: 1, 8). Mittlerweile ist *connect* an die regionale sozialräumliche Angebotsentwicklung¹¹ angebunden und die FB sowie die Koordination wurden als Regelangebot eingeführt. 2008 wurde der Nachbarstadtteil Lurup in die Kooperationsvereinbarung miteinbezogen. Die Ausweitung von *connect*-Netzwerken auf die übrigen sechs Hamburger Bezirke ist bereits vorangeschritten; auch zeigen andere Bundesländer Interesse an der Projektübertragung.

¹¹ SAE: Sozialräumliche Angebotsentwicklung, d.h. Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Jugendhilfe (Baumgärtner/Scharping; 2006: 621).

4 METHODE

In der vorliegenden Arbeit wird die Methode der Fallberatung im Projekt *connect* untersucht. Als Grundlage dienen die Ergebnisse aus den leitfadengestützten Experteninterviews mit Projektteilnehmern. In diesem Kapitel erfolgt die Vorstellung der angewendeten Methoden und Instrumente. Hierbei werden das Experteninterview, die Erstellung des Interview-Leitfadens, die Auswahl der Experten sowie der Verlauf der Interviews erläutert. Das Kapitel endet mit der Darstellung des Auswertungsverfahrens sowie der thematisch gebildeten Kategorien, aus denen die Ergebnisse abgeleitet werden.

4.1 Auswahl der Erhebungsmethode

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, aus den individuellen Erfahrungen und Sichtweisen von Fallgebern Rückschlüsse auf die Wirksamkeit und den Nutzen der *connect*-Fallberatung zu ziehen. Hierzu eignet sich das halboffene, leitfadengestützte Experteninterview. Es ist in der empirischen Sozialforschung ein sehr häufig verwendetes Vorgehen, das sowohl im Methodenmix als auch als eigenständiges Verfahren eingesetzt wird. Das Experteninterview wird in drei Typen untergliedert: explorativ, systematisierend und theoriegenerierend (Bogner; Menz, 2005: 37). Für die vorliegende Arbeit wurde das systematisierende Experteninterview gewählt, da das aus der Praxis gewonnene Handlungs- und Erfahrungswissen im Vordergrund steht. Der interviewte Experte kommuniziert darin das spezifische, dem Forscher nicht zugängliche Fachwissen in einem bestimmten Handlungsfeld. Anders als bei standardisierten quantitativen Befragungen, die oftmals auf umfangreiche statistische Datensätze abzielen, arbeitet dieses qualitative Vorgehen mit offenen Fragen. Diese ermöglichen den Befragten sowohl viel Spielraum zum Antworten als auch eine spontane Reaktion auf den Verlauf des Gesprächs, indem z.B. neue Fragen und Themen mit einbezogen werden (Bortz; Döring, 2003: 308).

Nach Mayring (2003:17) „versteht sich der qualitativ-verstehende Ansatz immer dahingehend, Gegenstände, Zusammenhänge und Prozesse nicht nur analysieren zu können, sondern sich in sie hineinzusetzen, sie nachzuerleben oder sie zumindest nacherlebend sich vorzustellen“. Um eine stärkere Ausrichtung auf das Forschungsthema zu erhalten, wurden die Befragungen durch einen Leitfaden gestützt. Diese häufig genutzte Orientierungshilfe stellt ein Gerüst für den Gesprächsverlauf dar, ohne einen strikten Gesprächsverlauf vorzugeben oder neue Aspekte zu ignorieren. Neben der Offenheit garantiert er zudem durch die enthaltenden Themenkomplexe eine thematische Vergleichbarkeit zwischen den Interviews (Bortz; Döring, 2003: 315). Die mit intensiver thematischer Vertiefung verbundene Erarbeitung der Leitfragen verhindert eine inkompetente oder unvorbereitete Gesprächsführung (Meuser; Nagel, 2005: 77).

4.2 Der Interviewleitfaden

Die Erstellung des Leitfadens erfolgte, nachdem die Verfasserin die Möglichkeit erhielt, an zwei *connect*-Fallberatungen im November 2008 und im Februar 2009 teilzunehmen und somit wichtige Einblicke zu erhalten. Ergänzend zur vorher gesichteten Literatur konnten dadurch relevante Themenkomplexe für den Leitfaden formuliert und in ihrer Bedeutung gefestigt werden. Der Leitfaden für die Interviews bestand in der Regel aus zwei Teilen: Der erste Teil beinhaltete zum Gesprächseinstieg allgemeine Fragen zur Person des Experten und dessen Tätigkeit in Bezug zu der Zielgruppe, um die Auswahl der Gesprächspartner und um dessen Expertenstatus noch mal zu legitimieren. Auch die bisherige Teilnahmefrequenz an der *connect*-Fallberatung und die Anzahl der eingebrachten Fälle wurden erfragt. Im zweiten Teil wurden themenspezifische Fragen zur *connect*-Fallberatung gestellt. Direkt im Anschluss an jedes Gespräch wurde ein Postskriptum erstellt, in dem sowohl situative Aspekte (wie z.B. Störungen und die Atmosphäre während des Gesprächs) als auch Äußerungen nach der Tonbandaufnahme festgehalten wurden. Das erste Interview diente als Pretest zur Überprüfung und Verbesserung des Leitfadens. Das Gespräch verlief erfolgreich, so dass der Gesprächsinhalt für diese Arbeit verwendet und der Leitfaden nach der Umfor-

mulierung einer Frage übernommen werden konnte (vgl. Anhang A). Folgende Themenkomplexe wurden erarbeitet und werden an dieser Stelle zusammenfassend beschrieben:

Wirksamkeit auf den Fall

Hier wurde retrospektiv nach der Entwicklung des zuletzt eingebrachten Falles *nach* der FB gefragt; ob und in welchem Umfang Maßnahmen aus der FB umgesetzt werden konnten sowie die Einschätzung der Auswirkung generell und im Einzelfall.

Wirksamkeit auf Fallgeber

Das besondere Interesse lag darin, ob die FB sowie auch der Baustein der Fortbildungsangebote bedeutsam für das berufliche Handeln und Wissen der Experten sind.

Strukturelle Rahmenbedingungen

Dieser Themenkomplex richtete das Augenmerk auf die Einschätzung wesentlicher Rahmenbedingungen für die *connect*-Fallberatung. Es wurde nach den Erfahrungen, die hinsichtlich der Kommunikation und Kooperation sowie mit der zeitlichen Struktur gemacht wurden, gefragt.

Optimierungsbedarf

Hier war wichtig, zu erfahren, ob und in welcher Form ein Optimierungsbedarfs gesehen wird.

Wie eingangs beschrieben, diente der Leitfaden der Orientierung. Die Reihenfolge der Fragen variierte je nach Gesprächsverlauf.

4.3 Auswahl Interviewpartner und Verlauf der Gespräche

Nach Meuser und Nagel bestimmt das Forschungsinteresse und die spezifischen Fragestellung, wer Experte ist (1997: 483 ff). Dieser Status wird vom Forscher selbst festgelegt. Die Experten selbst sind somit Teil des Hand-

lungsfeldes, das den Forschungsgegenstand ausmacht. In der vorliegenden Arbeit richtete sich die Auswahl der Befragten an die Teilnehmer aus der *connect*-Fallberatung, die in der zweiten Jahreshälfte 2007 und im Jahr 2008 einen Fall eingebracht hatten. Da die Personen gebeten wurden, retrospektiv den Verlauf des Falls zu schildern, entschied sich die Verfasserin, diese zeitliche Grenze von etwa 1,5 Jahren von der Falleingabe bis zum Interview zu ziehen, um möglichst Erinnerungsverzerrungen zu vermeiden.

Die Kontaktaufnahme zu den Interviewten erfolgte zum Teil direkt im Anschluss an die Teilnahme der Verfasserin an der FB, in den überwiegenden Fällen aber telefonisch. Insgesamt wurden 9 Fallgeber kontaktiert, von denen 7 zusagten, so dass zeitnah verbindliche Interviewtermine vereinbart werden konnten. Lediglich 2 Personen lehnten aus zeitlichen Gründen ab. Die Interviewpartner kamen aus den Arbeitsbereichen der Kindertagesstätte, der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Suchtprävention; das durchschnittliche Alter lag bei 45 Jahren. Alle Beteiligten verfügten über eine pädagogisch-akademische Ausbildung und waren seit mindestens 5 Jahren, zum Teil als Leitungskräfte, im derzeitigen Arbeitsfeld tätig. Die Häufigkeit der bisherigen Teilnahme an der *connect*-Fallberatung lag bei mindestens 1x bis hin zur regelmäßigen Teilnahme seit Projektbeginn. Jeder Experte hatte schon mindestens einen Fall eingebracht. Die Gespräche wurden im März und April 2009 - mit Ausnahme eines Interviews - in den Räumen der jeweiligen Einrichtung geführt und verliefen ohne bedeutsame Störungen. Den Experten wurden vor dem Gespräch die Anonymität, die Vertraulichkeit sowie der Datenschutz zugesichert. Die reine Interviewdauer lag zwischen 25 und 35 Minuten und wurde mit Einverständnis aller Befragten auf Tonband aufgezeichnet, was eine authentische und präzise Erfassung des Gesprochenen erlaubte. Die Verfasserin erstellte im Anschluss ein Postskriptum, um insbesondere Äußerungen nach der Tonbandaufnahme festzuhalten (vgl. 4.2).

4.4 Auswertungsverfahren

Alle aufgezeichneten Interviews wurden zeitnah wortgetreu in ein Dokument transkribiert und mit Zeilennummern versehen, wobei Füllwörter und Wieder-

holungen ausgelassen wurden. Nonverbales (bspw. Lachen, Mimik, „äh“) wurde nur dann berücksichtigt, wenn es bedeutend für die inhaltliche Aussage war, wie z.B. „mmh“ (zustimmend). Längere Gesprächspausen wurden mit Gedankenstrichen (---) sowie unverständliche Äußerungen mit Punkten in Klammern (...) gekennzeichnet und nach Möglichkeit noch einmal beim Interviewpartner erfragt (Mayring, 2003: 49). Es erfolgte ein mehrmaliges Korrekturlesen auf Vollständigkeit und Verständlichkeit.

Um die anonymisierten Interviews auszuwerten, entschied die Verfasserin, sich methodisch an der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) zu orientieren. Ziel dieses Verfahrens ist es, die Transkripte auf relevante Aussagen und inhaltlich zusammengehörige Textpassagen zu untersuchen um das Expertenwissen zu allgemeinen Aussagen abstrahieren und bündeln zu können. Dazu werden relevante Informationen aus dem Textmaterial entnommen und getrennt von ihm weiter verarbeitet (Gläser; Laudel, 2004: 264). Im Vordergrund der Analyse stehen Inhalt und Häufigkeit der aus den Interviews generierten Informationen. Im Hinblick auf die leitenden Forschungsfragen werden im Anschluss alle wichtigen Zitate herausgefiltert. Um ein „Verschenken von Wirklichkeit“ zu vermeiden erfolgt dem Gesprächsverlauf folgend die Paraphrasierung, indem die Äußerungen der Experten verdeutlichend in eigenen Worten umschrieben und zusammengefasst werden. Diese in den gebildeten Kategorien enthaltenen Informationen werden mit dem Interviewmaterial rückwirkend abgeglichen (Gläser; Laudel, 2004: 193).

Im nächsten Schritt wurden aus dem verdichteten Material thematisch zusammengehörige Aussagen auf Gemeinsamkeiten und Differenzen überprüft und inhaltlich strukturiert. Weniger relevante und bedeutungsgleiche Paraphrasen wurden gestrichen. Anschließend erfolgte die Kodierung¹²: Relevante Passagen mit gleichen oder ähnlichen Inhalten und Themen wurden zusammengefasst, thematischen Kategorien und Unterkategorien zugeordnet und mit Schlüsselbegriffen (Codes) versehen, wobei eine Aussage auch

¹² Zur Arbeitserleichterung wurde das Programm Microsoft Excel® verwendet, in dem die Textpassagen übersichtlich in einer Tabelle zusammengeführt, mit der Fundstelle und der Interviewnummer gekennzeichnet und bearbeitet wurden.

mehreren Kategorien zugeordnet werden konnte. Die Codes dienen dazu, Interviewauszüge in Sinneinheiten zu gliedern um die Textinhalte aufzubrechen und analog zu erfassen (Flick, 2006: 259 ff). Die generierten Codes wurden in einem Zuordnungsschema zusammengefasst (vgl. Anhang B). Die Kategorien und Codes wurden sowohl *induktiv* aus dem Material gewonnen als auch *deduktiv* aus den theoretischen Leitfragen erstellt und anschließend weiter verfeinert und ergänzt, bevor die Endauswertung erfolgte. Aus den acht entstandenen thematischen Kategorien wurden anschließend Ergebnisse abgeleitet, die in der darauf folgenden Ergebnisdiskussion reflektiert werden. Diese werden im fünften Kapitel unter folgenden Kategorien vorgestellt:

- Beweggründe der Fallgeber für die Teilnahme und das Einbringen eines Falles in die *connect*-Fallberatung
- Rahmenbedingungen: institutionell, strukturell, zeitlich
- Umsetzung der Ideen und Maßnahmen aus der *connect*-Fallberatung und anschließende Fallentwicklung
- Kommunikation
- Kooperation
- Stellenwert der Fortbildungsmaßnahmen
- Nutzen der *connect*-Fallberatung für die Teilnehmer
- Optimierung

5 ERGEBNISSE AUS DEN EXPERTENINTERVIEWS

Die Ergebnisdarstellung erfolgt nach den Kategorien, die aus den in der Auswertungsphase generalisierten Aussagen gebildet wurden. Wie in 4.4 beschrieben, konnte bei der Auswertung eine Aussage auch mehreren Kategorien zugeordnet werden. Ausgewählte Originalzitate der Interviewpartner untermauern das Ergebnis. Diese sind mit doppelten „Anführungszeichen“ und *kursiv* sowie unter Angabe der Fundstelle im Interviewmaterial dargestellt.

Gläser und Laudel (2004: 271ff.) verweisen darauf, dass empirische Endergebnisse in Veröffentlichungen anonymisiert werden müssen, so dass ein Rückschluss auf die Identität der Befragten nicht möglich ist. Das untersuchte Material dieser Arbeit unterliegt demnach einem sehr hohen Anonymisierungsgrad. Enthaltene Zitate näherer Bezeichnungen, z.B. zu kooperierenden Personen, Einrichtungen oder Arbeitsbereichen, sind diese anonymisiert dargestellt. In diesem Fall wird aus

- Namen von kooperierenden Einrichtungen → Einrichtung XY
- Namen von kooperierenden Teilnehmern → Teilnehmer XY
- Namen der eigenen Einrichtung, in denen die Experten selbst arbeiten → bei uns
- Nähere Bezeichnung der Klienten oder der Angehörigen, die einen Rückschluss auf den Fall ermöglichen → der Fall oder Angehörige XY

Abbildung 3: Anonymisierungsregeln. Darstellung: U. Meinke

5.1 Beweggründe der Fallgeber für die Teilnahme und das Einbringen eines Falles in die Fallberatung

Die Frage nach den Beweggründen für die Falleinbringung wurde nicht direkt im Leitfaden berücksichtigt, kam aber dennoch bei der Mehrzahl der Befragten einleitend und ausführlicher zur Sprache. Auch die Gründe für die generelle Teilnahme wurden angesprochen, was einen wichtigen und anschaulichen Einstieg in das Thema *connect*-Fallberatung darstellt.

So wird neben der Motivation zur Falleinbringung durch die positiven Erfahrungen, die in der Vergangenheit mit der *connect*-Fallberatung gemacht wurden, das dringende Austauschbedürfnis hervorgehoben (n=2).

„...weil ich durch die Erfahrung wie die FB auch vorher gelaufen ist, eigentlich motiviert war das einzubringen als eine Lösungsmöglichkeit in unserer Sache mir einfach die Hilfe von anderen zu holen und begeistert gewesen bin, dass ich noch mal gesagt gekriegt habe, versuchen Sie es doch mal so oder haben Sie schon daran gedacht, [...] ich erlebe das eigentlich immer, dass sich da was getan hat“ (01/56,72).

Die Fallgeber schildern aber auch Zustände der Stagnation in ihrer Arbeit. Persönliche Empfindungen deuten zudem auf Verzweiflung und Unsicherheit für den weiteren Umgang hin. In der Verbindung auf Hoffnung, dass gemeinsam ein Ausweg gefunden wird, wurde der Fall eingebracht (n=3).

„...weil wir uns an diesem Fall die Zähne schon die ausgebissen haben und einfach geguckt in welche Richtung können wir überhaupt die Sache weiter bewegen [...] meine Intention bei so einer FB ist zu erfahren, welche Wege gibt es vielleicht doch noch“ (01/109, 257).

Für die Teilnahme generell werden pragmatische Motive angeführt (n=2): Aufgrund institutioneller Strukturen und durch die Grundlage des Kooperationsvertrages gibt es einen Verpflichtungsgedanken seitens des Arbeitgebers, Multiplikatoren zu entsenden.

„... ich habe ja auch von meinem Arbeitgeber den Auftrag den Arbeitgeber oder unsere Einrichtung dort zu vertreten, [...] ich gehe da als Multiplikator hin und berichte dann eben auch von Vorhaben und Veränderungen oder so etwas“ (01/145, 209).

„...wir haben das Prinzip, dass bestimmte Kollegen von anderen Kollegen Fälle sammeln und dann damit in die FB gehen und mit dem Ergebnis zurückkommen und das an die Kollegen vermitteln“ (02/16).

5.2 Rahmenbedingungen

Einen wesentlichen Themenkomplex, der hinterfragt wurde, stellten die Rahmenbedingen dar. Die Befragten legen dar, welche Bedingungen sie in-

dividuell für notwendig erachten, damit die Beratung zufrieden stellend stattfindet oder worin diesbezüglich Barrieren liegen können. Auch der zeitliche Turnus der Beratung wurde angesprochen sowie eventuelle Einschränkungen, die sich durch die Rahmenbedingungen ergeben. Die Unterteilung erfolgt den Aussagen nach in institutionelle, strukturelle und zeitliche Rahmenbedingungen.

5.2.1 Institutionell

Unterschiede in der Art der Fallvorstellung entstehen nach Expertenaussagen durch die verschiedenen institutionellen Hintergründe (n=2). So hat jeder Teilnehmer einen eigenen Ansatz, einen Fall in die Beratung einzubringen und benötigt entweder mehr oder weniger Unterstützung durch die übrigen Teilnehmer. Das fachspezifische Denken und Handeln sowie das Verständnis von Fachbegriffen variieren bei der Multiprofessionalität, so dass eine Einigung auf eine gemeinsame Sprachebene erforderlich ist.

„Also was ich gemerkt habe ist, dass wir hier schon auch ein Stückweit so ein fachspezifisches Denken haben. Dass heißt also, wenn ich einen Fall einbringe dann bringe ich ihn glaube ich anders ein als wie jemand, der aus einem anderen Arbeitsfeld kommt [...] und da versucht man sich möglichst knapp aber auch gezielt auszudrücken und dadurch kommen dann natürlich aber bei den Kollegen auch noch viele unterschiedliche Fragen auf und dadurch ist es einfach auch ein bisschen umfangreicher [...] (06/113).

Eine befragte Person (n=1) machte die Erfahrung, dass es hinderlich ist, wenn der eigene Fall aus organisatorischen Gründen innerhalb der Institution nicht eigenständig, sondern durch Kollegen eingebracht wird.

„die Ergebnisse sind mir aber schon bekannt gewesen. Das ist die eine Schwierigkeit die wir so hatten, dass das über Dritte immer wieder gelaufen ist [...] das Ergebnis war alles andere als fachlich. Das ist eben das Problem wenn die Fallgeber den Fall nicht selber herstellen“ (02/21,103).

5.2.2 Strukturell

Von fast allen Befragten (n=5) wurde die Notwendigkeit und Erhaltung einer koordinierenden Stelle betont. Der regelmäßige persönliche Kontakt, den der Koordinator zu allen kooperierenden Einrichtungen pflegt, wird als notwendige Hilfe empfunden und sorgt für Verbindlichkeit.

„Das find ich aber auch sehr gut und wichtig, das ist mir bei allen Stadtteilgeschichten aufgefallen, diese Projektkoordination, dass man da ein bisschen hinterher ist, für die Verbindlichkeit. Normalerweise hat man ja auch schon tausend Termine im Kalender und dann ist so ein freiwilliges Angebot tendenziell so eine Sache wo dann gesagt wird, dass lässt man mal weg. Aber wenn man dann diesen persönlichen Anruf kriegt, dann ist schon eine deutlichere Anregung da, mitzumachen, das find ich auch sehr wichtig“ (03/234).

Zudem wird das Verfahren der Vorbesprechungen als unerlässlich eingeschätzt (n=2). Ressourcen können so effektiver genutzt werden, wenn zusammen mit dem Koordinator einzugebende Fälle vorab einmal angerissen werden, um festzustellen, in welcher Zusammensetzung das Plenum auf jeden Fall stattfinden muss.

„weil in einigen Situationen eher niedrighschwellige Hilfen zunächst einmal sinnvoll sein können, dann müssen nicht irgendwelche Mitarbeiter von Einrichtungen da sein, oder nicht in größerer Zahl, die hochschwellig arbeiten. Oder umgekehrt, wenn viele Hilfen schon abgearbeitet sind, viele Angebote, Beratungen usw., dann müssen nicht sechs Mitarbeiter von Beratungseinrichtungen teilnehmen. In sofern wäre das vielleicht auch hilfreich, wenn einzugebende Fälle vorher mal so angerissen werden, um zu überlegen in welchem Setting die vorgestellt werden, um die Ressourcen effektiver nutzen zu können“ (2/208).

Ebenso wurde die Stadtteilorientierung im Projekt betont (n=1).

„Was ganz wichtig ist, dass man diese Stadtteilorientierung hat und da wirklich viele Leute viel wissen über den einzelnen Stadtteil [...]“ (4/195).

5.2.3 Zeitlich

Den zeitlichen Turnus betreffend, wurden die Experten gefragt, wie sie die Häufigkeit der Beratung bewerten. Über die Hälfte (n=4) empfinden die derzeitige Anzahl von etwa 4 Beratungen im Jahr als angemessen. Das eigene Arbeitsaufkommen steigt zunehmend und wird als sehr hoch eingeschätzt. Die *connect*-Fallberatung nimmt mit An- und Abreise mindestens 3 Arbeitsstunden in Anspruch; für Fallgeber kommt noch eine intensive Vorbereitungszeit für die Vorstellung hinzu.

Die Möglichkeit, eine Zwischenberatung im kleineren Umfang einzuberufen, wird gelobt (n=2).

„In Bezug auf mein Arbeitsaufkommen reicht es. Ja, weil es ist halt ein Vormittag bzw. ein Nachmittag und da wir richtig viel zu tun haben, ist es okay. Es gibt ja auch die Möglichkeit der Notfallberatung, das ist sicherlich gut. Wenn man da jetzt in die Situation kommt, wo man Perspektiven entwickeln muss, auch in Zusammenarbeit mit der Einrichtung XY, ist das bestimmt eine gute Sache wenn man kurzfristig und zusätzlich, auf halben Weg, oder umgekehrt [...] sich da noch mal rückzuversichern, wo man denn steht, um das noch mal zu reflektieren in anderer Runde“ (04/202).

„Für mich ist es momentan ausreichend. Ich weiß, dass es auch eine Option gibt, wenn man jetzt was Akutes hat, dass man sich auch direkt an die wenden kann und dass dann in relativ kurzer Zeit Menschen an einen Tisch kommen, das finde ich eine tolle Sache. Dass man nicht warten muss bis es Mai ist, sondern sagen kann, ich hab da diese Sache und ich habe das Gefühl da muss jetzt was passieren, und das dann in relativ kurzer Zeit. Das man es nicht übermorgen hat, das ist klar, sondern in den nächsten vier Wochen schon“ (01/172).

Theoretisch betrachtet würden einige Experten das Gremium öfter nutzen, wenn zusätzliche Termine angeboten würden. In Bezug auf das eigene Aufkommen wird es aber als praktisch nicht umsetzbar bewertet (n=2).

„theoretisch würde ich sagen es macht Sinn das häufiger zu machen. Praktisch fällt es mir schon schwer [...] alle Arbeitsfelder sind relativ verdichtet und dass man Zeit dafür hat sich dann - es geht ja meist 2-2,5 Stunden plus An- und Abreise und plus Vorbereitung wenn man noch was vorbringen möchte - dass man das in regelmäßigeren Abständen als zur Zeit üblich noch in den Alltag einbaut, das ist, glaube ich,

bei vielen Kollegen gar nicht möglich [...] es ist nicht immer möglich, die Termine einzuhalten, da sind manchmal parallel Dinge und ich denke, es wäre illusorisch zu denken, wir treffen uns jetzt monatlich, das würde die Ressourcen die jeder zur Verfügung hat, deutlich sprengen (5/ 227,235).

Ein Experte äußerte, dass es angebracht wäre, den Zyklus zu steigern, da häufig ein hoher Handlungsbedarf besteht (n=1).

„ich finde, dass es zu selten ist, weil dringende Fälle häufig nicht mehr eingegeben werden können. Da besteht einfach so hoher Handlungsbedarf, dass vorher Entscheidungen getroffen werden müssen und dann diese FB nicht berücksichtigt wird. Entweder muss dann in die Einzelberatung gegangen werden, oder jemand muss sich dann anders helfen“ (02/23, 154).

5.3 Stellenwert der Fortbildungsmaßnahmen im Projekt connect

Hier kristallisierte sich die Bedeutung der Fortbildungsmaßnahmen für die einzelnen Teilnehmer heraus, auch in Abgrenzung zu der FB. Die Fortbildungen und Workshops, die ein wichtiges Basiswissen für den Berufsalltag liefern, werden als überwiegend positiv und hilfreich bezeichnet (n=4).

„die Fortbildung war gut strukturiert und praxisorientiert aufgebaut [...] ich denke, dass diese Fortbildungsmaßnahmen schon einen sehr guten Ansatz haben. Es gab ja auch eine hohe Teilnehmerfrequenz, ein großes Interesse. Ich glaube, das war schon ein sehr guter Anstoß, noch intensiver in die ganze Thematik einzusteigen, mehr Aspekte kennen zu lernen, als nur - in Anführungsstrichen - dieser Beratungsrunde“ (02/126, 145).

Die connect-Fallberatung spielt bei den Experten im Vergleich zu den Fortbildungen jedoch eine übergeordnete Rolle (n=3).

„Die FB ist für mich noch aktueller, weil das Fortbildungsangebot ist auch kleiner geworden, es finden nicht mehr so viele Fortbildungen statt, wie in der Anfangsphase von connect, das ist zwar ein bisschen schade, am Anfang gab es halt sehr viele Fortbildungen“ (03/157).

„wir haben allerdings ein relativ großes Fortbildungspensum, was unterschiedliche Themen angeht und die Fortbildungen bei connect sind halt eher aus der Hilfe für

suchtbelastete Familien, und bei uns sind die Bedarfe in anderen Hilfebahnen vielfach [...] von daher denke ich, wird man immer reinschauen, ob was passendes dabei ist, aber als Fortbildungsangebot ist es eines von vielen“ (05/260).

Eine interviewte Person hebt den Nutzen und die Effektivität der Fortbildungsmaßnahmen hervor, besonders hinsichtlich der unterschiedlichen beruflichen Hintergründe der Teilnehmer. Zumal die Erfahrung gemacht wurde, dass in den Fortbildungen bspw. eigene Fallbeispiele eingebracht werden konnten (n=1).

„Ich hab vor nicht allzu langer Zeit an Fortbildungssequenzen teilgenommen und das fand ich sehr viel effektiver. Ich hatte dann auch den Eindruck, dass einige der Teilnehmenden diese Fortbildung vor ihrem beruflichen Hintergrund sehr viel besser nutzen können. Wir hatten ja dort auch die Möglichkeit, aus eigenen Fällen entweder Komplettbeispiele oder Sequenzen einzubringen. Das fand ich sehr gut“ (02/110).

5.4 Die Umsetzung der Ideen und Maßnahmen aus der connect-Fallberatung und die anschließende Fallentwicklung

Die Experten wurden gebeten, sich den zuletzt in die Beratung eingebrachten Fall noch mal in Erinnerung zu rufen und zu schildern, ob und in wie weit die erarbeiteten Ideen und Maßnahmen aus dem Plenum umgesetzt werden konnten. Von großem Interesse war weiterhin, ob und was sich seitdem an der Situation des Falles und ggf. den Angehörigen geändert hat.

Die Rückmeldung zu den erarbeiteten Ideen und Maßnahmen aus der Beratung ist überwiegend positiv. Zum Teil konnten die Experten die Anregungen zeitnah umsetzen und dadurch weitere Prozesse anregen (n=3)

„es hat auch noch mal deutlich werden lassen, was die Bedürfnisse des Kindes sind [...]“ (06/76).

„teilweise habe ich das einfach in Angriff genommen, habe mich mit der Einrichtung XY noch mal in Verbindung gesetzt, aber auch öfter mit den Angehörigen XY des Kindes Gespräche geführt [...]“ (01/40).

„Ich hab mir noch auf Anregung der connect-Fallberatung bei der Einrichtung XY eine Beratung geholt, wie ich genau dieses Gespräch führen kann mit den Angehörigen XY [...]“ (07/58).

In zwei anderen Fällen wurden die erarbeiteten Lösungsansätze als sehr gute Anregungen aufgenommen, konnten aber zum einen aufgrund knapper zeitlicher und personeller Ressourcen nicht umgesetzt werden, zum anderen nicht, da sich die komplette Fallsituation veränderte (n=2).

„Also wir haben schon gute Anregungen bekommen, konnten die wenigsten aber davon umsetzen, was sich aber aus der Struktur unserer Arbeit ergibt. Das Zeitlimit einfach“ (03/109).

Bei einem Teil der Befragten (n=2) wurden die Ergebnisse aus der Beratung als unbrauchbar empfunden. Es erfolgte keine Umsetzung, was den Aussagen nach inhaltliche Gründe hatte:

„in dem Fall fand ich es jetzt nicht so hilfreich, denn aus der Erfahrung kann ich sagen, dass unsere Klienten diese Angebote XY nicht so sehr annehmen [...]“ (04/39).

Bezüglich des weiteren Verlaufs konnte nach der Beratung keine sofortige und unmittelbare Auswirkung auf die Fallentwicklung festgestellt werden (n=7). Die Konstellationen und Schwierigkeiten variieren in jedem Fallgeschehen und in jedem Arbeitsbereich stark. Individuelle Gründe, wie bspw. die Weigerung des Erziehungsberechtigten zur Kooperation mit der Einrichtung XY oder das „Herausfallen“ aus einer Maßnahme, oder auch ein Wechsel der betreuenden Person erschweren nach Angabe der Experten das Umsetzen von Hilfemaßnahmen.

„also es ist ja nichts statisch, man kann in der FB auch nicht alle Einzelheiten erwähnen und manchmal sind einfach auch Nebenschauplätze so vehement, dass sich einfach Dinge anders entwickeln und einen anderen Verlauf nehmen, dass das, wovon man gesprochen hat, auch nicht mehr passt [...]“ (05/123).

Aus Gründen der Anonymitätswahrung können an dieser Stelle die detaillierten Expertenaussagen hinsichtlich konkreter Fallentwicklungen nicht weiter dargestellt werden.

5.5 Kommunikation

Die Kommunikation mit den Teilnehmern der FB wird als überwiegend positiv beschrieben (n=5). Den Umgang empfinden die Experten als offen, interessiert und zugewandt.

„ich fand die Moderation war sehr gut und auch die Art und Weise des Umgangs war interessiert und wertschätzend. Die Kollegen waren aufmerksam, also die sind so richtig mit dem Fall quasi gegangen, das fand ich sehr angenehm“ (06/152).

Zudem stellt die Beratung einen Anknüpfungspunkt für eine Kommunikation außerhalb des Plenums dar. Dabei können die gemeinsamen Erfahrungen aus der FB und das persönliche Kennen lernen eine wesentliche Grundlage sein (n=2).

„ich bin mir sicher wenn ich irgendwo anrufen würde und sagen würde, wir kennen uns von der FB, dass ich da immer ein offenes Ohr finden würde und das find ich schon eine gute Sache“ (01/200).

Es wurden aber auch gelegentlich vorkommende Konfliktsituationen in der *connect*-Fallberatung angemerkt, die das Potential für eine gelingende Zusammenarbeit dämpfen. Die Experten sprechen von sensiblen Reaktionen einzelner Akteure, werden Fälle in der Beratung bearbeitet, in die mehrere Institutionen involviert sind (n=2).

Weiterhin kam zur Sprache, dass die Möglichkeit eine Zwischenberatung in akuten Situationen einzuberufen, nicht ausreichend bekannt ist. Auch die detaillierten Hintergründe und die Ausrichtung der Zwischenberatung sind nur unzureichend bekannt (n=1).

„das ist nicht so gut transportiert worden [...] es muss nicht nur transportiert werden, dass es sie gibt, sondern auch noch mal in welcher Form, in welchem Setting, welche Teilnehmer gibt es, welche Konfiguration. Es würde mir in so einem Fall wenig helfen, wenn ich Leute in der kollegialen Beratung hätte, die fachlich aber doch so weit von so einem Fallgeschehen mit Suchthintergrund entfernt sind“ (02/28, 132).

Es wurde ebenso kritisch angemerkt, dass es an Dynamik in der Kommunikation bei den Kooperationspartnern fehle (n=1).

„Ich hatte so den Eindruck, dass die Teilnehmenden zum größten Teil nicht gut in der Lage waren, sich mit Fragen den Fall zu erarbeiten. So eine Vorstellung eines Falles ist ja wirklich nur ein kleiner Teil. Die Eingebenden haben ja meistens noch Informationen die modifiziert sind und wenn ich in so einer Runde als Teilnehmer sitze, dann muss ich mir ein Bild von einem Fall machen und das kann ich am ehesten, indem ich selber auch nachfrage und dann eben Informationen zusammen kriege. Also es muss einfach mehr Dynamik sein, dann glaube ich kann sich insgesamt auch was bewegen, auch bei den Eingebenden“ (02/132).

Die Experten merkten an, dass es in den verschiedenen Arbeitsbereichen unterschiedliche Definitionen fachlicher Begriffe gibt (vgl. 5.2.1). In der Ungleichheit fachlicher Terminologien wird ein Nachteil für gute Kommunikation als Voraussetzung für die Zusammenarbeit gesehen.

„Teilnehmer XY z.B. hat sich offenbar noch nie mit der Begrifflichkeit Kindeswohlgefährdung an sich beschäftigt. Dass das definiert ist, unterschiedlich definiert ist von unterschiedlichen Trägern, da kann man auch nicht von Kooperation sprechen“ (02/187).

5.6 Kooperation

In der *connect*-Fallberatung an sich herrscht nach einer Expertenaussage (n=1) *„eine offene, kooperative Atmosphäre“ (03/187).*

Auch hat sich auf die Dauer eine auf Vertrauen basierende Zusammenarbeit entwickelt, die im Plenum vor allem durch regelmäßig Teilnehmende umgesetzt wird (n=1).

„Es kommen immer wieder regelmäßig Menschen die man kennt und dadurch, dass ich die Leute kenne, kann ich auch eher offener sein, oder ich hab mehr Vertrauen gefasst und weiß, wie ich die einschätzen kann, aus den wenigen Begegnungen, was man dann da so an Erfahrungen hat. Es gibt einen festen Kern und Teilnehmer, die eben auch häufiger dabei sind“ (01/187).

Ein Zugewinn wird in der Erkenntnis gesehen, welche Helfersysteme oder Einrichtungen denselben Fall bearbeiten (n=1). Dieser Informationsfluss kommt oftmals erst ausreichend in der *connect*-Fallberatung zustande.

„manchmal hängen an Familien ja ganz unterschiedliche Netzwerke schon dran, also Helfersysteme, dass die Familie sich schon was weiß ich, sich schon beim Jugendamt erkundigt hat, möglicherweise noch über die Schule eine Betreuung hat, ich weiß nicht was, noch andere Dinge am Laufen hat. Und all diese Helfersysteme wissen nichts voneinander, und da ist es dann teilweise gelegentlich vorgekommen, dass jeder für sich so ein ›aha-Erlebnis‹ hat oder ›die Familie kenn ich‹. Anstatt dass jeder alleine strampelt und man ein Stück weit Gefahr läuft, ausgespielt zu werden mit den unterschiedlichen Professionen, könnte man sich im Sinne dessen ›was für die Familie miteinander erreichen‹ auch anders abstimmen. Aber das ist auch wiederum ein großer Gewinn, wir hätten sonst gar nicht gewusst, dass Einrichtung XY schon im Fall XY ist“ (05/213).

Wenn mehrere Beteiligte in den gleichen Fall involviert sind, könnten nach Ansicht der Befragten die Möglichkeiten der Kooperation teilweise besser ausgeschöpft werden, indem vermehrt Bereitschaft besteht, Besprochenes konsequent umzusetzen (n=1).

„Umso ärgerlicher, wenn dann das so stecken bleibt und die Möglichkeiten der Zusammenarbeit nicht genutzt werden. So ›nett mal darüber geredet zu haben‹ aber große Konsequenzen daraus muss ich nicht ziehen“ (05/155).

Über die *connect*-Fallberatung hinaus kommt es nach Expertenaussagen zu wenig Zusammenarbeit (n=2). Der Grund wird neben den knappen zeitlichen Ressourcen in der Multiprofessionalität mit den verschiedenen Arbeitsansätzen und Auffassungen gesehen (vgl. 5.2.1).

„außerhalb direkter FB gibt es wenig Kooperation, weil die verschiedenen Arbeitsbereiche ja auch weit auseinander liegen [...] also in sofern ist Kooperation ein breites Feld, aber eigentlich mit wenig Bewegung“ (02/181,186).

„es gab so vereinzelt Situationen der Gespräche oder so was, aber da ist außerhalb der FB keine großartige Kooperation zustande gekommen, aber ich denke sie wäre möglich bei Bedarf und der Zugang ist sicherlich leichter“ (03/187).

5.7 Nutzen der *connect*-Fallberatung für die Teilnehmer

Bei den Gesprächen über die Bedeutung der *connect*-Fallberatung für das eigene berufliche Handeln und die Auswirkung auf das Wissen und berufliche Kompetenz, haben alle Experten positive Eigenschaften hervorgehoben, in denen sie einen eigenen direkten Nutzen durch die Teilnahme sehen. Der FB wird der Charakter einer Zwischenlösung zugeschrieben:

„da ist ein großer Gewinn, man würde sonst ja so im eigenen Saft schmoren dass man sagt, jetzt müssen wir gucken wie wir da wieder rauskommen. Dann würde man entweder bekannte Einrichtungen anrufen und fragen, ob die sich zur Verfügung stellen oder gegen Geld eine Supervision beauftragen. Und insofern ist connect da schon eine Zwischenlösung, die zur Verfügung steht [...]“ (05/247).

Die Experten bezeichnen die FB außerdem als Ideengeber und Sortierhilfe, die durch die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen eine Veränderung der Sichtweise bewirkt und eine erweiterte Denkweise und Handlungsfähigkeit ermöglichen kann.

„dass das dann noch mal eine Sortierhilfe darstellt, Erinnerungen vielleicht noch mal bringt an Methoden, oder an so etwas, was bei Einzelnen schon länger zurück liegt“ (02/81).

Als „*Background*“ (03/126) verleiht *connect* den Befragten Sicherheit, in problematischen Situationen auf den Kontakt zurück greifen zu können oder die Beratung als Art der Vergewisserung zu nutzen, das eigene Handeln zu überprüfen oder zu bestätigen (n=4).

„es hat im Grunde genommen mein berufliches Handeln noch mal unterstrichen [...] die verschiedenen Ideen oder Vorschläge oder Anregungen, die deckten sich im Grunde genommen auch mit meiner Herangehensweise. Also da sind sehr ähnliche Sichtweisen auch wiedergegeben worden und ja, es hat eigentlich mich in meiner Arbeit eher auch bestätigt“ (06/97,104).

Die Experten sehen einen Vorteil darin, dass in dem Plenum vielseitige Berufsgruppen aus unterschiedlichen Einrichtungen vertreten sind. Dadurch wird in der Vielfalt der Sichtweisen die Erweiterung für das eigene berufliche

Handeln gesehen (n=5). Auch wurde von einer entlastenden Wirkung gesprochen (n=1).

„aus dem Erfahrungspool der anderen Mitarbeiter zu schöpfen, das ist großartig“ (07/92).

„man nimmt ja auch aus jedem anderen Fall was mit, was man vielleicht irgendwann mal einbringen kann in die eigene Arbeit. Das ist ja immer eine Bereicherung, auf jeden Fall“ (04/232).

„ich wusste halt nicht so genau, wie geh ich jetzt weiter damit um [...] ich habe die FB in sofern als Hilfe empfunden, dass mir ein bisschen Druck weggenommen wurde, dass ich das ein bisschen besser einschätzen konnte [...] (03/30,55).

„Der Charme der connect-Fallberatung ist einfach, dass die Möglichkeit eines wesentlich offeneren anonymisierten Austausches in einem riesigen Kollegenkreis mit vielen Anregungen besteht, also das ist etwas was auch weit über die Suchtproblematik, die ja teilweise im Vordergrund steht, hinausgeht. Es ist ja nicht der Fall, dass alle Problemstellungen die hier gegeben sind, permanent nur mit Sucht zu tun hätten. Aber für connect trotzdem interessant, dass man einfach in einem größeren Netzwerk a) sich Gedanken machen kann, welche Hilfsmöglichkeiten gäbe es, b) welche Hilfeform könnte man noch in Anspruch nehmen und c) also mir ist manchmal gar nicht klar, welche Hilfsformen gibt es noch. Also dass man sich auch untereinander als Kollegen einfach kennt, als wenn man einfach jemanden eine Flyer in die Hand drückt. Du weißt, welche Hilfe angeboten wird, hast möglicherweise noch ein Gesicht dazu kennen gelernt und kannst jemanden konkret ansprechen. Und das ist eine andere Form des Austausches und eine andere Form der Zusammenarbeit“ (05/141).

Das Wissen über die Existenz und Tätigkeit der anderen Einrichtungen und Berufsgruppen erleichtert den Professionellen den Zugang zu Einrichtungen durch direkte Ansprechpersonen im Stadtteil und wird als niedrigschwellig empfunden (n=4).

„Das find ich gut, dass man ein paar Anregungen mehr hat und sich an den einen oder anderen Kollegen noch mal wenden kann [...] ich kann für Klienten einen Katalog zusammenstellen, an wen sie sich wenden können, was in der Nähe ist und sagen ›dort kannst du dich hinwenden‹“ (03/158,174).

Es wird auch zu Bedenken gegeben, dass je nach Berufsgruppe und Träger der Nutzen für manche Experten wesentlich kleiner und weniger hilfreich ist, da bspw. Beratungsangebote innerhalb der eigenen Einrichtung Vorrang haben, die sehr zeitnah beansprucht werden können (n=1).

5.8 Optimierung

In den Interviews äußerten die Experten individuelle Wünsche sowie Vorschläge zur weiteren Optimierung der FB. Diese lassen sich auf zwei Themenbereiche eingrenzen:

Kommunikation

Eine anschauliche Rückmeldung über den Fallverlauf in die nächste FB geben (n=1).

„was ein Stückweit fehlt, ist vielleicht eine konkrete Rückmeldung in die nächste Fallberatung, was war. Das mag daran liegen, dass die Zeit dafür eng ist, dass man wenig Zeit findet wenn noch 1-2 Fälle intensiv besprochen werden, noch mal einen Rundumschlag zu machen, was war da eigentlich das Problem in der FB. Aber es würde zumindest noch mal deutlich machen, wo vielleicht aus gutem Grunde von dem, was besprochen wurde abgewichen wurde, weil sich einfach Situationen geändert haben oder wo abgewichen wurde und die Teilnehmer die zumindest auch die Zuständigkeit für sich erkannt hatten [...] ich denke es wäre sinnvoll, zumindest in einem kurzen Abriss, noch mal zu schauen und denjenigen, der das letzte Mal einen Fall eingebracht hat zu fragen, ob das auch im Nachklang noch hilfreich war oder ob die Entwicklung vorbei gelaufen ist. Also aus gutem Grund oder zufällig, und mir darüber Feedback hole [...]“ (05/204,285).

Transparentere Informationen über die Möglichkeit und Art der Zwischenberatung kommunizieren (n=1)

„nicht nur, dass es sie gibt, sondern auch noch mal in welche Form, in welchem Setting, welche Teilnehmer gibt es, welche Konfiguration“ (02/163).

Dynamik der FB verstärken, indem die teilnehmenden Experten durch eine veränderte Systematik des Nachfragens besser in das Fallgeschehen einsteigen können (n=1)

„Ich hatte so den Eindruck, dass die Teilnehmenden zum größten Teil nicht gut in der Lage waren, sich mit Fragen den Fall zu erarbeiten [...] Also es muss einfach mehr Dynamik sein, dann glaube ich kann sich insgesamt auch was bewegen, auch bei den Eingebenden“ (02/132,138).

Zeitliche und organisatorische Rahmenbedingungen

FB häufiger anbieten (n=1)

„Ich würde die häufiger anbieten, also regelhaft, nicht nur zwischenschalten bei Bedarf, sondern wirklich regelhaft anbieten [...] Dann vielleicht dafür aber monatlich oder alle 6 Wochen, also ein regelmäßiger Turnus, das würde ich als hilfreich empfinden“ (02/197,201).

FB mit geringerer Teilnehmerzahl anbieten (n=2)

„regelhaft anbieten [...] es muss ja keine große Runde sein. 5-8 Teilnehmer reichen ja oft schon, wenn die aus sehr unterschiedlichen Bereichen kommen“ (02/197,200).

„möglicherweise einfacher oder vielleicht noch effizienter wäre es, wenn der Teilnehmerkreis nicht ganz so groß ist. Weil es geht ja immer darum, dass alle verstehen müssen, was gesagt wird und es kann dann manchmal etwas länger dauern, je größer der Kreis der Teilnehmern und Teilnehmerinnen ist, aufgrund der Nachfragen auch“ (06/161).

Mehr Vorbereitung und Hinweise vor der FB für Fallgeber, die neu oder weniger erfahren mit Falleinbringungen sind (n=1)

„hätte ich mir vielleicht auch ein bisschen mehr Vorbereitung gewünscht von Seiten connect, in Hinsicht auf Abläufe und auf meine Vorbereitung [...] auf jeden Fall, dass man sich vorher richtig mit jemanden zusammen setzt von connect und dass dann auch eben hingewiesen wird [...]“ (07/115,150).

Das Fortbildungsangebot an kreativen Methoden wieder vermehrt anbieten (n=1).

„Basisfortbildungen werden halt weiterhin angeboten, aber die anderen kreativen Methoden [...] das ist schon ein bisschen schade find ich, die waren sehr nützlich“ (03/169).

Ergänzung des Plenums durch kontinuierlich teilnehmende Experten der Berufsgruppen Medizin/Psychiatrie (n=2), und Psychologie (n=2). Zudem wird anmerkt und bedauert, dass Teilnehmer aus der Schule selten anwesend sind (n=1).

„Ich find es schon schön, dass viele Kompetenzen zusammen kommen aber schön wäre es, wenn so ein paar Basiskompetenzen immer dabei wären. Also dass man das auf jeden Fall abgedeckt hat, dass man weiß ›ok, da sitzen jetzt nicht 80% Erzieher und Sozialpädagogen‹. Die können da ja auch gerne sitzen, aber dann vielleicht auch ein Arzt und ein Psychologe und Psychiater vielleicht noch [...] also auf jeden Fall irgendjemand, der auf dem Bereich Ideen hat“ (03/221).

„man könnte tatsächlich noch mal das Augenmerk darauf lenken, auf die anderen Berufsgruppen. Das man das noch mal ein bisschen breiter streut, quasi noch mal alle beruflichen Helfer, die auch zu diesem Thema Sucht arbeiten, egal in welcher Form jetzt, damit zu tun haben. Interessant wäre auch noch mal aus dem psychiatrischen Bereich. Die Psychologin, die dabei war, das hab ich in Erinnerung, hatte einen sehr gezielten Ansatz, ihre Meinung kundzutun oder Vorschläge zu machen. Das fand ich auch sehr hilfreich“ (06/173).

6 DISKUSSION

In diesem Abschnitt werden die zentralen Ergebnisse aus den Experteninterviews sowie die angewandte Untersuchungsmethode diskutiert. Dazu werden ebenso der theoretisch erörterte Hintergrund (vgl. 2), wie auch die eingangs gestellten Forschungsfragen berücksichtigt:

- Wie wirksam ist die *connect*-Fallberatung und wie hoch ist der Nutzen für die teilnehmenden Fachkräfte?
- Worin liegen die Möglichkeiten und Grenzen und sehen die Experten einen Optimierungsbedarf?

Das Kapitel schließt mit einem Fazit und gibt einen Ausblick auf mögliche weiterführende Untersuchungen.

6.1 Ergebnisdiskussion

Die Motive für eine Falleinbringung sowie für die generelle Teilnahme am Plenum liegen in den positiven Erfahrungen, in spezifischen Problemstellungen, die aktuell in der Praxis auftreten, haben aber auch pragmatische Gründe (vgl. 5.1). Die Aussagen zeigen, dass Teilnehmer auch als Multiplikatoren in die FB gehen, was dem Kerngedanken im Sinne der Kooperation und Vernetzung von *connect* entspricht (vgl. 3.2). Die mit der Multiplikatorenrolle verbundenen Erfahrungen waren größtenteils positiv behaftet. Es können dennoch Schwierigkeiten auftreten, wenn Fälle über Dritte eingebracht werden, und es dadurch zu Informationsverlusten oder Abweichungen in den eigentlich gewünschten Zielen und Ergebnissen kommt.

Bedingt durch die Multiprofessionalität stellen die Rahmenbedingungen die Experten vor multiple Herausforderungen. Die angesprochene Vorgehensweise der Falleinbringung in die Beratung kann zu Verständnisfragen und Missdeutungen führen. In einigen Institutionen gehört das Vorgehen einer Falleinbringung und dessen Bearbeitung zum Berufsalltag und stellt eine andere Herausforderung dar, als in Arbeitsbereichen mit komplett anderen Strukturen. Dieses spezifische Handeln variiert ebenso wie bei fachlichen

Begriffsbestimmungen. Diesbezüglich fiel das Wort „*Kindeswohlgefährdung*“. Hierin wird eine mögliche Barriere für einen unkomplizierten Ablauf gesehen, da Mut zum Nachfragen sowie Geduld und Verständnis für die Kollegen erforderlich ist. Strukturell ist die Rolle eines Koordinators zur Festigung einer verbindlichen Zusammenarbeit und für die Umsetzung der Handlungsstrategie in der Gesundheitsförderung „vermitteln und vernetzen“ unentbehrlich (vgl. 2.3.2). Die Tätigkeit wird von den Experten als unterstützend und hilfreich empfunden und scheint somit eine Entlastung im beruflichen „*Alltagschaos*“ zu sein.

Als ebenso wichtige Grundlage wird die „*Sozialraumorientierung*“ genannt, die im Stadtteil Ressourcen bündelt und verhindert, dass die Fachkräfte den Bezug verlieren oder *connect* gar einen unübersichtlichen und anonymen Charakter erhält. Das Projekt praktiziert stadtteilorientiert, was den Settingsansatz der Gesundheitsförderung widerspiegelt (vgl. 2.3.1). Hinsichtlich des zeitlichen Zyklus der FB bestehen individuelle Bedarfe. Den Äußerungen entnehmbar ist, dass die Regelmäßigkeit Vertrauen schafft und Hemmungen abbaut, was wichtig für gelingende Kooperation ist. Zum Teil wird ein dichteres Angebot gewünscht, da in einigen Arbeitsbereichen ständig akuter Handlungsbedarf besteht und deswegen die *connect*-Fallberatung oftmals nicht zeitnah wahrgenommen werden kann. Dies wird von den Experten aber überwiegend als kaum umsetzbar eingestuft, da in vielen Arbeitsfeldern eine wachsende Arbeitsverdichtung durch Personalmangel, Betreuungsschlüssel und Umstrukturierungen besteht. Auch würde dies eine Erhöhung des Stundenkontingents der Koordinationsstelle bedeuten.

Hinsichtlich des Vorschlags, den Teilnehmerkreis kleiner und dafür häufiger zu gestalten, stellt die Gelegenheit der „akuten Zwischenberatung“ eine Alternative dar. Die Fortbildungen und Workshops von *connect* werden positiv bewertet und bedeuten eine wichtige Basis für die Fachexperten. Es wird jedoch zum Teil bedauert, dass die Anzahl der Angebote nach der Pilotphase abgenommen hat. Die Angebotsbedarfe und die thematischen Interessen variieren stark. In einigen Einrichtungen sind regelmäßig interne Fortbildungs- und Beratungssequenzen fest verankert, so dass der Bedarf dort relativ ab-

gedeckt ist. Für manche Arbeitsbereiche ist die vordergründige Suchtthematik der *connect*-Veranstaltungen weniger relevant als für andere. Einige Experten würden eine regelmäßige Teilnahme von Fachkräften aus dem Bereich Medizin-Psychiatrie sowie Psychologie begrüßen. Es wird außerdem angemerkt, dass der Bereich Schule nur schwach vertreten ist. Vermutlich ist die Uhrzeit der *connect*-Fallberatung für die Lehrkräfte ungünstig, insbesondere die Vormittagssitzung.

Es kann festgehalten werden, dass die Rückmeldungen zu den erarbeiteten Maßnahmen und Ideen aus der *connect*- Fallberatung ambivalent ausfielen. Die Lösungsansätze wurden überwiegend als hilfreich und anregend bewertet. 29 % der Befragten machten zum Teil aber auch die Erfahrung, dass sich in ihrem Fall die Beratungsergebnisse als inhaltlich unbrauchbar erwiesen (vgl. 5.4). Eine direkte Umsetzung erfolgte bei 43 % der befragten Experten, die sich dabei auf den zuletzt eingebrachten Fall bezogen. Die Befragten konnten keine direkte Auswirkung auf den Fall (hier: das Kind, den Jugendlichen) im Sinne einer positiven Fallentwicklung einzig aufgrund der FB registrieren. Hierfür lagen individuelle Gründe vor, die zeigen, dass die Konstellationen und Schwierigkeiten von Fall zu Fall und in jedem Arbeitsbereich stark variieren. Fallsituationen sind nicht planbar und können sich sehr plötzlich verändern, und sich bereits am Tag nach der Beratung komplett anders darstellen.

„Die connect-Fallberatung hat ja nicht den Briefkopf ›alles was wir miteinander besprechen muss umgesetzt werden‹ [...] es ist ja nichts statisch, manchmal sind einfach auch Nebenschauplätze so vehement, dass sich einfach Dinge anders entwickeln und einen anderen Verlauf nehmen, dass das, wovon man gesprochen hat auch nicht mehr passt [...]“ (05/114,123).

Speziell bei Suchtproblematiken ergeben sich oftmals unberechenbare Situationen, wie das Kapitel 2.2 bereits veranschaulicht hat. Das Thema Sucht stellt in den Familien oftmals kein alleiniges Problem dar, sondern geht in einer Art Wechselwirkung mit weiteren Belastungen einher, wie bspw. finanzieller Not oder Gewalt. Die strukturellen Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtungen und die Handlungsfähigkeit der Fallgeber sind neben den unberechenbaren Fallsituationen offensichtlich für die Ergebnisumsetzung ent-

scheidend, denn die personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen sind trotz zunehmenden Arbeitsaufkommen meist gleich bleibend. Für Projekte wie *connect* ist Kooperation eine Grundvoraussetzung, die einer ausreichenden Kommunikation bedingt - davon hängen nicht selten der Erfolg und die Dauer ab (vgl. 2.3.2).

Der Umgang untereinander wird von den Interviewten als respektvoll und interessiert beschrieben; zudem wird die FB als geeigneter Anknüpfungspunkt für Kontakte und Unterstützung außerhalb des regelmäßigen Plenums bezeichnet (vgl. 5.6). Diese Äußerungen unterstreichen den Gedanken der Niedrigschwelligkeit, da die FB ermöglicht, offener und vertrauter auf fachfremde Kollegen zuzugehen. Insofern stellt der niedrigschwellige Zugang eine wichtige Ressource dar, die innerhalb der *connect*-Vernetzung auf gegenseitiger Akzeptanz beruht. Es zeigt sich somit, dass förderliche Bedingungen für eine qualitativ gute und effiziente Zusammenarbeit gegeben sind.

„ich bin mir sicher, wenn ich irgendwo anrufen würde und sagen würde, wir kennen uns von der FB, dass ich da immer ein offenes Ohr finden würde [...]“ (01/200).

Andererseits weisen die Äußerungen darauf hin, dass außerhalb der FB wenig Kooperation besteht, was wiederum zum Teil mit dem steigenden Arbeitsaufkommen und dem Mangel an zeitlichen und personellen Ressourcen begründet wird. Hinzu kommen die verschiedenen Arbeitsansätze und Denkweisen, die es schon in der FB an sich zu verbinden gilt. Trotzdem wird die Multiprofessionalität von den Teilnehmern gelobt, da diese einen „*Blick über den Tellerrand*“ ermöglicht und somit die Selbstreflexion und das Verständnis für andere Berufsgruppen fördert.

„Und das schätz ich so an dieser FB, dass man da einfach noch mal eine andere Sicht auf die Dinge bekommt von unterschiedlichen Beteiligten oder auch unbeteiligten Personen, die ihre Sichtweise eingeben und eine Veränderung durch eine eigene Sichtweise vielleicht hervorrufen“ (01/58).

Spannungen werden nach Expertenberichten ausgelöst, wenn mehr als eine Institution an einem Fall beteiligt ist. Hier liegen vermutlich ein unzureichen-

der Austausch und mangelnde Absprachen untereinander vor, da die Beteiligung anderer Experten am selben Fall gelegentlich erst direkt in der Sitzung deutlich wird. Einzelne Teilnehmer fühlen sich nach Expertenaussagen in solch einer Situation manchmal missverstanden oder fälschlicherweise in ihrer Arbeit kritisiert. Die besondere Herausforderung liegt hier in der Schwierigkeit der hochsensiblen Fallgeschehen und dem Datenschutz sowie in der Flexibilität, über die jeweiligen Bereichsgrenzen hinweg zu agieren. Wie bereits schon treffend bezeichnet wurde „stellt die Arbeit einen sensiblen Bereich dar, in dem ständige Balanceakte zwischen Datenschutz, Sorge um Stigmatisierung und Verantwortlichkeit für die Kinder (Kindeswohl) eine Rolle spielen“ (Ehmke; 2006: 28). Trotz möglicher Konflikte liegen hierin ein Zugewinn und die Chance, höhere Synergieeffekte für die involvierten Helfersysteme zu erzielen. Eventuell parallel beantragte oder bereits laufende Maßnahmen können erkannt und diskutiert werden und somit eine kontraproduktive Über- oder Unterversorgung verhindern.

„manchmal hängen an Familien ja ganz unterschiedliche Netzwerke schon dran [...] und all diese Helfersysteme wissen nichts voneinander [...] das ist auch wiederum ein großer Gewinn, wir hätten sonst gar nicht gewusst dass Einrichtung XY schon im Fall XY ist“ (05/213).

Hinsichtlich der Kommunikation werden einzelne Vorschläge angeregt (vgl. 5.8). So wird eine konkrete und anschauliche Rückmeldung über die Fallentwicklung in der nächsten Sitzung als überaus wichtig angesehen, optimalerweise als fester Bestandteil zu Beginn jeder Beratung in Form einer Kurzfassung. Dabei können die Gründe für ein eventuelles Scheitern bzw. ein erfolgreicher Verlauf gemeinsam reflektiert werden, was interessant für die Berufspraxis der Teilnehmer wäre. Diese Reflexion wird zwar praktiziert, andererseits verhindern vermutlich die knappe Zeit oder die Abwesenheit der Fallgeber aus der letzten Beratung die regelmäßige Umsetzung. Außerdem wird auf die Notwendigkeit einer „*Einweisung bzgl. Beachtenswertes*“ (z.B. Vorbereitung, Abläufe, Datenschutz) seitens *connect* für neue oder selten teilnehmende Fallgeber hingewiesen. Dieses dient der Vermeidung von Missverständnissen und Konflikten.

Wie bereits erwähnt, hat jeder Teilnehmer eine eigene Systematik von unterschiedlicher Dauer, einen Fall einzubringen bzw. sich als Ratgeber den Fall durch Nachfragen zu erarbeiten. Ein Experte regt an, dass diesbezüglich eine verstärkte Dynamik die Wirkung weiter erhöhen würde. Sehr hilfreich ist hierfür der *connect*-Anamnesebogen, den Fallgeber als „Leitfaden“ nutzen können. Einen weiteren wichtigen Standard stellt der *connect*-Auswertungsbogen für ein längerfristiges Feedback an die Projektkoordination dar, der Rücklauf könnte nach dessen Auskunft jedoch noch höher ausfallen (vgl. Anhang C, D). Förderlich für eine lebhaftere Kommunikationsstruktur und Zusammenarbeit können möglicherweise weitere gemeinsame Workshops und Gespräche sein, um den gemeinsamen Informationsstand zu erweitern.

Der finanzielle Aspekt ist nicht unerheblich, würden Einrichtungen in Problemsituationen alternativ eine kostenpflichtige Supervision beauftragen. Die Teilnehmer schätzen den offenen, anonymen und niedrigschwelligen Austausch, der durch die heterogene Zusammensetzung eine „*Chance zur Außenansicht*“ bietet. Es wurde auch der Effekt einer „Druckentlastung“ erwähnt, was besonders für Berufstätige in Hilfesystemen eine elementare Bedeutung hat (vgl. 2.3.3). Die Experten schreiben der *connect*-Fallberatung die funktionelle Rolle als Ideengeber und Sortierhilfe zu, was einen positiven Nutzen für das berufliche Handeln und Wissen bewirkt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Fachkräfte durch die FB verstärkt befähigt und sensibilisiert werden, die Bedürfnisse und Probleme zu erkennen.

„es hat auch noch mal deutlich werden lassen was die Bedürfnisse des Kindes sind, [...]“ (06/76).

Dadurch, dass in der *connect*-Fallberatung die Beteiligten im Einvernehmen aus eigener Verantwortung heraus handeln (ohne einen externen Supervisor heranzuziehen), werden im Sinne des Empowerment die Eigenverantwortlichkeit und das Selbsthilfepotential gefördert. (vgl. 2.3.1 und 2.3.3).

6.2 Methodendiskussion

Zur Untersuchung der Forschungsfragen in der vorliegenden Arbeit wurde das systematisierende Experteninterview gewählt. Diese Methode zielt darauf ab, die beruflichen Erfahrungen, Einschätzungen und das besondere Fachwissen aus dem Berufsfeld des Experten zu erfahren, welches für den Forscher unzugänglich ist (Bogner; Menz, 2005: 37). Auch der als Orientierungshilfe dienende halbstrukturierte Leitfaden mit offenen Fragen erwies sich als adäquate Methode, durch die die angestrebte Offenheit und Flexibilität im Gesprächsverlauf gesichert werden konnte (Bortz; Döring, 2003: 315). Die vor der Interviewführung erfolgte Literaturrecherche und insbesondere die zweimalige Teilnahme an *connect*-Fallberatungen erwiesen sich als sehr wichtig, um vorab erste Einblicke in das Forschungsfeld zu erhalten. Die Teilnahme erleichterte ebenso die Erstellung des Leitfadens und erwies sich als ein wichtiger Anknüpfungspunkt für die Auswahl und die Kontaktaufnahme vor Ort zu den Interviewpartnern, die auf telefonischem bzw. persönlichem Weg erfolgte. Diese zeigten sich sehr kooperativ und verbindlich und ermöglichten zeitnahe Gesprächstermine. Neben dem Interviewleitfaden war der Einblick in die *connect*-Fallberatung sowie die Literaturrecherche eine adäquate Vorbereitung, um das Gespräch steuern zu können. Das an die qualitative Inhaltsanalyse angelehnte Auswertungsverfahren (vgl. 4.4) erwies sich in Anbetracht des erhobenen Datenmaterials als angemessen um die für die Forschungsfragen relevanten Aussagen generieren und auswerten zu können.

Verzerrungseffekte wie z.B. der Erinnerungsbias oder ein Selektionsbias werden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt, da die Untersuchungsergebnisse keinen Anspruch auf repräsentativen Charakter haben. Die Fallzahl ist mit sieben Befragten aus der Gesamtanzahl von 33 Kooperationspartnern (21,2 %) zwar hoch, dennoch lassen sich aus den subjektiven Expertenaussagen keine Rückschlüsse auf die „objektiven“ Ansichten und Erfahrungen der Grundgesamtheit ziehen. Leitfaden-Gespräche sind kein „Beweisinstrument“, sie dienen vielmehr der Felderschließung, der Wissensvertiefung oder zur Hypothesenbildung (Bogner; Menz, 2005: 17). Eine besondere Herausforde-

rung bei dem Auswertungsverfahren und der Ergebnisdarstellung stellte der hohe Anonymisierungsgrad des Interviewmaterials dar, was notwendig war, um die Anonymität der interviewten Personen zu garantieren. Ein Schwachpunkt stellt im Nachhinein die Eingrenzung der Auswahl der Befragten auf das Kriterium „Fallgeber“ dar: Wie die Ergebnisse zeigen, ließ sich keine unmittelbare Auswirkung der FB auf die Fallentwicklung feststellen, da Fallgeschehen - insbesondere unter dem Aspekt Sucht - nicht planbar und statisch sind und somit individuellen Einflüssen unterliegen (vgl. 5.4). Die Interviewergebnisse bilden die individuellen Wahrnehmungen der *connect*-Fallberatung von Fachkräften aus unterschiedlichen Berufsfeldern ab. Somit konnten die für diese Arbeit durchgeführten Experteninterviews wichtige Erkenntnisse für weitere, idealerweise noch umfangreichere Untersuchungen und zukünftige Optimierungen liefern.

6.3 Fazit und Ausblick

Mit der *connect*-Fallberatung ist eine wichtige Grundlage für die Stärkung des Hilfesystems für Kinder in suchtblasteten Familien geschaffen worden. Dies zeigt sich insbesondere in der Möglichkeit, das eigene berufliche Handeln zu reflektieren und direkt aus dem Erfahrungswissen und den verschiedenen Sichtweisen der beratenden Kollegen zu profitieren. Somit bedeutet es einen erhöhten Synergieeffekt für jeden Einzelnen - unabhängig ob als Fallgeber, aktiv-beratende oder eher passiv-zuhörende Person. Neben dem niedrigschwelligen und (sucht)präventiven Charakter finden bei *connect* die Handlungsstrategien für die Gesundheitsförderung „vermitteln und vernetzen“ und der Setting-Ansatz durch die Stadtteilorientierung Anwendung.

Anhand der Ergebnisse aus den Experteninterviews und dem darauf folgenden Diskussionsteil lassen sich unter der Berücksichtigung des theoretischen Hintergrundes aus dem zweiten Kapitel folgende Erkenntnisse zusammenfassen, die durch die nachstehende Abbildung veranschaulicht werden:

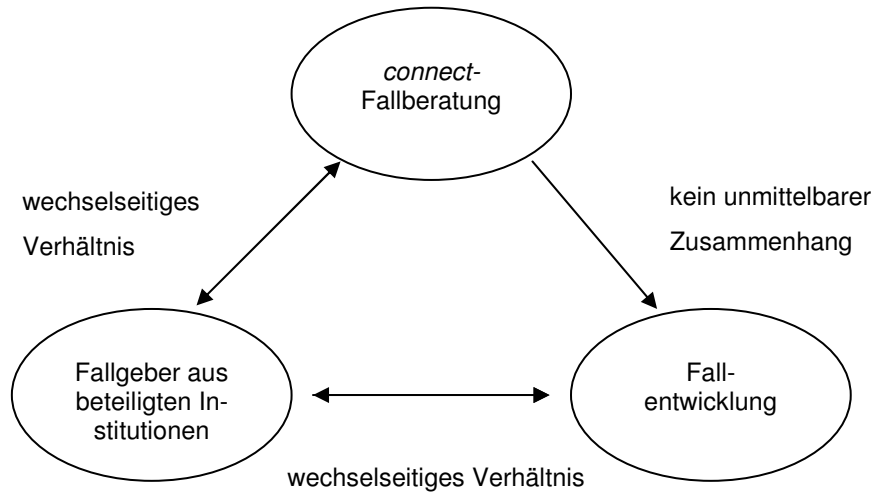


Abbildung 2: Verhältnis zwischen Fallgeber, Fallentwicklung und FB

Darstellung: U. Meinke

Die Ergebnisse aus den Experteninterviews zeigen, dass die *connect*-Fallberatung einen hohen Nutzen hat, der sich direkt auf die teilnehmenden Fachkräfte auswirkt. Die Fallgeber stehen in einem wechselseitigen Verhältnis zur FB, die sie größtenteils als „*Ideengeber*“, „*Sortierhilfe*“ und „*Zwischenlösung*“ mit entlastender und bestärkender Wirkung betrachten. Für eine nachhaltige Wirksamkeit der FB als lebendige „Plattform“ ist die Art und Weise der Falleinbringung und eine Rückmeldung über die Dynamik der Fallverläufe im Zusammenhang mit den zuvor erarbeiteten Ergebnissen entscheidend. Der Nutzen liegt also nicht nur bei dem Fall an sich, sondern direkt bei den Akteuren im Netzwerk. Sowohl die Aktivierung der eigenen Potentiale als auch die Vermeidung von Überlastung bringen gesundheitsfördernde Wirkungen mit sich. Die Teilnehmer äußern eine positive und engagierte Einstellung zum Projekt *connect*, weshalb durchaus förderliche Bedingungen für eine qualitativ gute und effiziente Zusammenarbeit vorliegen. In der Multiprofessionalität liegen neben den Vorteilen aber auch Grenzen der Zusammenarbeit und ein Potential für Konflikte. Erschwerend kommen knapper werdende Ressourcen bei erhöhtem Arbeitsaufkommen hinzu. Die Teilnehmer stehen dauerhaft vor verschiedenartigen Herausforderungen wie bspw. ein hohes Maß an Flexibilität, Geduld und Verständnis aufzubringen.

Wie die Abbildung zeigt, stehen die Fallgeber mit ihren Klienten und deren Veränderungsprozessen ebenso in einem wechselseitigen Verhältnis: So beobachten und interpretieren die Fallgeber die Fallentwicklung, welche wiederum die weitere Vorgehensweise des Fallgebers beeinflusst. Dies geschieht teilweise unabhängig von den Ergebnissen aus dem Plenum, da ein Fall nicht statisch und vor dem Suchthintergrund schwer berechenbar ist. Zusätzlich hindert eine mangelnde Bereitschaft der Erziehungsberechtigten zur Zusammenarbeit mit den Institutionen die Umsetzung von Hilfemaßnahmen. Zudem sind eingangs in der FB nicht erwähnte „*Nebenschauplätze so vehement, dass sich einfach Dinge anders entwickeln und einen anderen Verlauf nehmen, dass das, wovon man gesprochen hat, auch nicht mehr passt [...]*“ (05/123,204). Teilweise müssen Fallgeber „*aus gutem Grunde*“, d.h. weil sich die Situation eines Falls geändert hat, von den in der FB besprochenen Maßnahmen abweichen und eigene Lösungsansätze entwickeln.

Die Ergebnisse aus den Expertenbefragungen, in denen sie ihre individuellen Sichtweisen und Erfahrungen wiedergegeben haben, lassen letztlich darauf schließen, dass zwischen den Maßnahmen aus der *connect*-Fallberatung und der weiteren Fallentwicklung in den sieben untersuchten Fällen kein unmittelbarer Zusammenhang besteht. Gründe dafür sind erstens das wechselseitige Verhältnis zwischen den Fallgebern und der FB und zweitens, das ebenso wechselseitige Verhältnis zwischen den Fallgebern und deren Klienten. Diese komplexen und unberechenbaren Zusammenhänge deuten auf große Spielräume bei allen Beteiligten hin. Diese ermöglichen keine einseitigen Erklärungen für die Auswirkung der *connect*-Fallberatung auf die betroffenen Fälle.

Perspektivisch ist von einem dauerhaften und weiter übertragbaren Angebot der *connect*-Fallberatung auszugehen, weshalb die weitere Förderung der Zusammenarbeit und des Dialogs zwischen den Beteiligten lohnenswert ist. Weitere qualitative Evaluationen in regelmäßigen Abständen sind wichtig, um die Arbeitserfolge und die Nachhaltigkeit insgesamt darzustellen. Innovative, aber auch kritische Äußerungen durch die Experten sind ausschlaggebend für eine fortlaufende Optimierung und verhindern ein Erstarren der Struktu-

ren. Hierfür ist auch weiterhin die Methode des offenen Interviews zu empfehlen. Zusätzlich können künftige Untersuchungen der Verhältnisse zwischen FB, Fallgebern und Klienten weitere Aufschlüsse geben. Diese stellen sowohl für die teilnehmenden Fachkräfte als auch für die Projektkoordinatoren ein motivierendes Feedback dar.

7 LITERATUR

- Arenz-Greiving, Ingrid (2007): Die vergessenen Kinder. Kinder von Suchtkranken. Wuppertal: Blaukreuz-Verlag, 6. Auflage.
- Baumgärtner, Theo; Scharping, Catharina (2003): Kinder in suchtblasteten Familien in der Modellregion Osdorf. In: Büro für Suchtprävention (Hrsg.): Qualitative Bestandsaufnahme ihrer Lebenssituation, der bestehenden Hilfeangebote und deren Vernetzungsstrukturen sowie Ausblick auf die Fortbildungs- und Qualifizierungsbedarfe von Fachkräften in unterschiedlichen Handlungsfeldern.
- Baumgärtner, Theo; Scharping, Catharina (2005): Ausgewählte Evaluationsergebnisse der Fallberatungen im Rahmen des Projekts Connect. In: Büro für Suchtprävention (Hrsg.): BfS-Berichte. Nr. EVA 13, Band 6, Hamburg, S. 143-154.
- Baumgärtner, Theo; Scharping, Catharina (2006): Kinder aus suchtblasteten Familien. In: Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, Bd. 6, Nr. 36, S. 609-629.
- Bengel, Jürgen; Meinders-Lücking, Frauke, et al. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Bogner, Alexander; Menz, Wolfgang (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate, et al. (Hrsg.): Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage, S. 7-30.
- Böhm, Birgit; Janssen, Michael, et al. (1999): Zusammenarbeit professionell gestalten. Praxisleitfaden für Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und Umweltschutz. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2003): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Medizinverlag, 3. Auflage.
- DHS (2003): Suchtmedizinische Reihe: Alkoholabhängigkeit. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm, S. 1-134.
- Ehmke, Irene (2006): Abschlussbericht des Modellprojektes Connect. In: Büro für Suchtprävention Hamburg (Hrsg.): KuF Nr. 2.
- Fengler, Jörg (1994): Süchtige und Tüchtige. Begegnung und Arbeit mit Abhängigen. München: Pfeiffer-Verlag.
- Flick, Uwe (2006): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 4. Auflage.
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gutzwiller, Felix; Paccaud, Fred (2007): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Gutzwiller, Felix; Paccaud, Fred (Hrsg.): Sozial- und Präventivmedizin Public Health. Bern: Verlag Hans Huber, 3. vollständig überarbeitete Auflage,

S. 195-199.

- Hurrelmann, Klaus; Franzkowiak, Peter (2003): Gesundheit. In: Aufklärung, Bundeszentrale für gesundheitliche (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim an der Selz, 4. erweiterte und überarbeitete Auflage: Fachverlag Peter Sabo, S. 52-55.
- Kaba-Schönstein, Lotte (2003): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und -strategien. In: Aufklärung, Bundeszentrale für gesundheitliche (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo, 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, S. 73-78.
- Klein, Michael (2007a): Co-Abhängigkeit bei Kindern von Suchtkranken. Wandlungen und Differenzierungen eines unbrauchbaren Konzepts. In: Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, Nr. 1, S. 22-25.
- Klein, Michael (2007): Kinder suchtkranker Eltern. Fakten, Risiken, Lösungen. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. Schwerpunktheft "Familie und Gesundheitsförderung", Nr. 2, S. 50-54.
- Kolip, Petra; Hurrelmann, Klaus (2002): Geschlecht - Gesundheit - Krankheit: Eine Einführung. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle: Verlag Hans Huber, S. 13-32.
- Kopp, Ralf; Vonesch, Lukas (2003): Die Methodik der Kollegialen Fallberatung. In: Franz, Hans-Werner; Kopp, Ralf (Hrsg.): Kollegiale Fallberatung. State of the art und organisationale Praxis. Bergisch-Gladbach: EHP-Edition humanistische Psychologie, S. 53-92.
- Mayring, Philipp (2003): Qualitative Sozialforschung. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 8. Auflage.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1997): Das ExpertInneninterview- Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München, Studienausgabe 2003: Juventa-Verlag, S. 481-491.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate, et al. (Hrsg.): Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage, S. 71-93.
- Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. In: Aufklärung, Bundeszentrale für gesundheitliche (Hrsg.): Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Rennert, Monika (1990): Co-Abhängigkeit: Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 2. Auflage.
- Rimmasch, Thomas (2003): Kollegiale Fallberatung - was ist das eigentlich? Grundlagen, Herkunft, Einsatzmöglichkeiten des Verfahrens. In: Franz, Hans-Werner; Kopp, Ralf (Hrsg.): Kollegiale Fallberatung. State of the art und organisationale Praxis. Bergisch-Gladbach: EHP-Edition humanistische Psychologie, S. 17-52.

- Schlee, Jörg (2004): Kollegiale Beratung und Supervision für pädagogische Berufe. Hilfe zur Selbsthilfe. Ein Arbeitsbuch. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm; Siegrist, Johannes, et al. (2003): Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard, et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München und Jena: Urban und Fischer, 2. Auflage, S. 23-46.
- Tietze, Kim-Oliver (2003): Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Trojan, Alf (2003): Vermitteln und Vernetzen. In: Aufklärung, Bundeszentrale für gesundheitliche (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo, 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, S. 240-242.
- van Santen, E.; Seckinger, Mike (2003): Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München: Verlag deutsches Jugendinstitut.
- von Kardoff, Ernst (1998): Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkungen zur Vernetzung in der psychosozialen Versorgung. In: Röhrle, Bernd; Sommer, Gert, et al. (Hrsg.): Netzwerkintervention. Fortschritte der Gemeindepyschologie und Gesundheitsförderung. Tübingen: dgvtv-Verlag, Band 2, S. 203-222.
- Waller, Heiko (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 4. Auflage.
- Walter, Ulla; Schwartz, Friedrich Wilhelm, et al. (2001): Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Aufklärung, Bundeszentrale für gesundheitliche (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Köln: S. 18-37.
- WHO (2006): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10. Übersetzt und herausgegeben von Horst Dilling und Harald Freyberger. In: Dilling, Horst; Freyberger, Harald (Hrsg.): Bern: Hans Huber Verlag. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage unter Berücksichtigung der German Modification (GM) der ICD-10.
- Wustmann, Corina (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim: Beltz Verlag.
- Ziegenhain, Ute (2007): Stärkung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen-Chancen für präventive Hilfen im Kinderschutz. In: Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute (Hrsg.): Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 119-127.
- Zobel, Martin (2000): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Internetquellen

- ALLGEMEINE ERKLÄRUNG DER MENSCHENRECHTE DER UN:
<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=ger>
(am 12.06.09)

- BADO E.V. STATUSBERICHT 2007:
http://www.bado.de/statusberichte/2007/BADO-Statusbericht_2007_WWW.pdf
(am 15.05.09)

- CONNECT IN DER PRAXISDATENBANK VON "GOOD PRACTICE-
GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN“:
<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=4f9cb06b2d97f1bf0e35f92feb9253d9&id=suche&ssub=2&nr=1>
(am 10.07.09)

- DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm>
(am 22.04.09)

- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CARE UND CASE MANAGEMENT (DGCC)
<http://www.dgcc.de/wasistcm.html> (am 30.06.09)

- OTTAWA-CHARTA ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG:
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
(am 12.06.09)

- ROBERT-KOCH-INSTITUT: KOSTEN ALKOHOLASSOZIIERTER KRANKHEITEN.
SCHÄTZUNGEN FÜR DEUTSCHLAND:
[HTTP://WWW.RKI.DE/CLN_006/NN_260532/DE/CONTENT/GBE/AUSWERTUNGS-ERGEBNISSE/VERSORGUNGSRELEVANTEASPEKTE/ALKOHOLKOSTEN/ALKOHOL_NODE.HTML__NNN=TRUE](http://www.rki.de/CLN_006/NN_260532/DE/CONTENT/GBE/AUSWERTUNGS-ERGEBNISSE/VERSORGUNGSRELEVANTEASPEKTE/ALKOHOLKOSTEN/ALKOHOL_NODE.HTML__NNN=TRUE) (am 15.05.09)

- SENAT DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG: STELLUNGSNAHME
„VERNACHLÄSSIGUNG VON KINDERN ABWENDEN“, DRUCKSACHE 18/5495:
<http://www.hamburg.de/contentblob/118998/data/kinderschutz-drucksache-18-5495.pdf> (am 10.07.09)

- SUCHTHILFE WETZLAR. DEFINITION VON SUCHT NACH DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION:
<http://www.suchthilfe-wetzlar.de/hp-dateien/sucht.htm> (am 22.04.09)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig ohne fremde Hilfe verfasst habe und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Anhang A: Interview-Leitfaden

Organisatorisches	Sozialdaten der Befragten
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interview Nr.: ▪ Datum: ▪ Uhrzeit/Dauer ▪ Vorstellung von mir ▪ Hintergrund und Ziel des Gesprächs ▪ Erklärung zum Ablauf ▪ Tonbandaufzeichnung (Einverständnis) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter ▪ Beruf/Tätigkeitsschwerpunkt ▪ Dauer des derzeit ausgeübten Berufs ▪ Anzahl der Teilnahme an <i>connect</i>-Fallberatungen (in etwa): ▪ Anzahl der eingebrachten Fälle in die <i>connect</i>-Fallberatung:
Themenkomplexe	Leitfragen
Wirksamkeit auf den Fall	<p>Wenn Sie an den eingebrachten Fall im <i>Monat/Jahr</i> zurückdenken...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Können Sie mir grob schildern, in wiefern sich die Situation für den Fall (Kind/Jugendlicher) seit der FB entwickelt hat? ▪ ...und für die Angehörigen (<i>optional</i>)? ▪ In wie weit konnten die Ideen und Maßnahmen umgesetzt werden? ▪ Wie schätzen Sie die Auswirkung der FB für die Fälle (und ggf. Angehörige) im Einzelfall und generell ein?
Wirksamkeit auf Fallgeber	<p>Wenn Sie an den eingebrachten Fall im <i>Monat/Jahr</i> zurückdenken...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie ging es <i>Ihnen</i> mit dem Einbringen des Falles in die Beratung? ▪ Könnten Sie kurz sagen, welche Bedeutung die FB für Ihr berufliches Handeln hat? ▪ In wie fern hat sich dadurch Ihr Wissen und Ihre berufliche Kompetenz verändert? ▪ Welchen Stellenwert hat für Sie die FB im Vergleich zu den Fortbildungsangeboten im Projekt <i>connect</i>?
Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Was sind aus Ihrer Sicht wesentliche Rahmenbedingungen für die <i>connect</i>-Fallberatung? ▪ Wie bewerten Sie die Häufigkeit/Regelmäßigkeit? ▪ Wie empfinden sie die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den anderen <i>connect</i>-Teilnehmern? ▪ Wenn Sie an die Rahmenbedingungen denken, wo sehen Sie Hindernisse?
Optimierungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Was würden Sie an der <i>connect</i>-Fallberatung optimieren oder ergänzen?
Nach dem Interview	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Äußerungen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: ▪ Störungen während des Interviews? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja:

Anhang B: Codebaum

Kategorie	Codes
Beweggründe der Fallgeber für die Teilnahme und das Einbringen eines Falles in die FB	Pragmatische Gründe
	Persönliche Empfindungen
	Situation
	Motivation
Institutionelle Rahmenbedingungen	Fachspezifisches Denken und Handeln
Strukturelle Rahmenbedingungen	Koordinator
	Verbindlichkeit
	Stadtteilorientierung
Zeitliche Rahmenbedingungen	Häufigkeit
	Eigenes Arbeitsaufkommen
	Zwischenberatung
Stellenwert der Fortbildungsmaßnahmen im Projekt <i>connect</i>	Eigenschaften
	Wertigkeit
	Aktualität
	Nutzen
Die Umsetzung der Ideen und Maßnahmen aus der <i>connect</i> -Fallberatung und die anschließende Fallentwicklung	Umsetzung erfolgt
	Ergebnisse inhaltlich ungeeignet
	Mangelnde Ressourcen
Kommunikation	Merkmale

	Kommunikationsbereitschaft
	Erfahrungen
	Probleme
	Wirkungen
Kooperation	Erfahrungen mit Kooperation
	Fachliche Definitionen
	Möglichkeiten
Nutzen der <i>connect</i> -Fallberatung für teilnehmenden Fachkräfte	Erweiterte Sicht- und Handlungsweise
	Vernetzung
	Entlastung
	Hilfestellung/Sicherheit
Optimierung	Berufsgruppen
	Fortbildungen
	Häufigkeit
	Vorbereitung

Anhang C: Anamnesebogen der *connect*-Fallberatung (2-seitig)

Anamnesebogen zu Grunddaten der Situation des Kindes

Grund/Anlass für den Begleitbogen					
Daten zum Kind/zu den Kindern					
	Namenskürzel	Alter	Geschlecht	Erziehungsberechtigte	Nationalität
1. Kind					
2. Kind					
3. Kind					
4. Kind					
5. Kind					
bei mehreren Kindern bitte das/die bedürftige(n) Kind(er) markieren					
Situation des Kindes					
Gesundheit/ Krankheitsanfälligkeit/ Krankenhausaufenthalte					
Körperl. Erscheinung (Gewicht, Wachstum, motorische Entwicklung)					
kognitive Entwicklung (Sprachentwicklung)					
Psychische Erscheinung (Aktivität, Wach-Schlafverhalten, Depression, Ängste)					
Sozialverhalten (oppositionell, Umgang mit anderen, was macht dem Kind Spaß?)					
Kita/ Schulbesuch					
sonstige Beschreibung der Situation					
persönliche Situation der Erziehungsperson/en					
				ja	nein
Kontakt zu den leiblichen Eltern					
Konflikte in der Herkunftsfamilie (leibliche Eltern)					
Alle Kinder erwünscht?					
Konflikte in der Kernfamilie/Trennung/Scheidung					
Behinderung/körperl. Krankheiten/psych Erkrankungen					
Sucht (Tabletten, Alkohol, illegale Drogen, Glückspiel)					
sonstige Anmerkungen					
Ressourcen, Stärken, Potenziale der Erziehungspersonen					
Anliegen der Familie					
Positiver Bezug zum Kind					
Organisationstalent (z.B. für die Alltagsbewältigung)					
sonstige Fähigkeiten					

Soziale Situation		
Isolation/ Integration in das soziale/familiäre Umfeld		
Wohnverhältnisse		
Charakterisierung der Eltern-Kind-Interaktion		
trifft zu für:	Mutter	Vater
	ja/nein	ja/nein
Sicherung der medizin. Versorgung		
Grundversorgung (Nahrung, Kleidung, Körperpfl.)		
Aufsicht, Schutz des Kindes		
Selbstständigkeit des Kindes		
Gibt es andere Betreuungspersonen für das Kind? Sind dies Vertrauenspersonen?		
Verbindlichkeit der Eltern		
Körperkontakt		
Emotionale Bindung zum Kind		
Bewegungsraum, Schlafplatz und Spielmöglichkeiten des Kindes		
Gewalterfahrungen		
sonstige Anmerkungen		
Hilfebedarfe		
Welche Art der Hilfe benötigt das Kind ?		
Welche Hilfeformen halten sie für umsetzbar ?		
sonstige Anmerkungen		
Bisherige Angebote		
	Angebotsform	Name der Einrichtung
Jugendhilfe (KJHG)		
Sozialhilfe (BSHG)		
Gesundheitliche Hilfen		
sonstige Angebote		
Absprachen/ Vereinbarungen		
vorhandene Aktivitäten/ Maßnahmen zwischen Eltern-Kind BeraterIn		

Anhang D: Auswertungsbogen der *connect*-Fallberatung

Auswertungsbogen für die connect- Fallberatung

1. Name der Einrichtung						
2. Wann wurde der Fall in die connect Fallberatung eingebracht ?						
Monat		Jahr		Geschlecht		Alter
3. Was wurde in der Fallberatung beschlossen ?						
4. Was konnte von den beschlossenen Maßnahmen umgesetzt werden ?						
5. Welche Folgemaßnahmen oder anderen Maßnahmen habe sich daraus ergeben ?						
6. Welche Auswirkungen haben sich für das Kind ergeben ?						
7. Welche Auswirkungen haben sich für die Familie ergeben?						
8. Wie beurteilen sie die Auswirkungen ?						
zutreffendes bitte ankreuzen						
sehr wirksam		wirksam		wenig wirksam		gar nicht wirksam
9. Wie beurteilen sie die aktuelle Situation des Kindes ?						
zutreffendes bitte ankreuzen						
sehr gut		gut		ausreichend		wenig ausreichend
						schlecht
10. Welche Maßnahmen sind noch erforderlich ?						
zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen						
weitere Maßnahmen für das Kind			Maßnahmen durch andere Einrichtungen, Institutionen			
weitere Maßnahmen für die Eltern			weitere medizinisch-therapeutische Maßnahmen			
weitere Maßnahmen für die Geschwister			Meldung beim ASD			
sonstige Maßnahmen und Anmerkungen:						