

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

**Das professionelle Selbstverständnis von Sozialarbeiter_innen
in der Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und
der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Ergebnisse eines EU-Forschungsprojektes

Bachelor-Thesis

Abgabetermin: 29.08.2014

Vorgelegt von: Maike Thea Aline Schulz

██
██

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweite Prüfende: Astrid Jörns-Presentati

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Entwicklung eines professionellen Selbstverständnisses	5
2.1	Definition eines professionellen Selbstverständnisses	6
2.2	Geschichtliche Hintergründe des professionellen Selbstverständnisses in der Sozialen Arbeit	7
2.3	Soziale Arbeit als Profession	9
2.4	Das Selbstverständnis des IFSW und DBSH	10
2.5	Identität in der Ausbildung	12
2.6	Das Selbstverständnis in Bezug auf die Kooperation mit anderen Professionen	15
3	Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie	17
3.1	Die Systeme im Überblick	18
3.2	Historischer Hintergrund	18
3.3	Das System der Kinder- und Jugendhilfe	20
3.4	Das System der Kinder- und Jugendpsychiatrie	22
3.5	Die Relevanz einer Kooperation	25
3.6	Gemeinsame Schnittstellen	27
3.7	Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation	29
3.8	Ermittlung von Problemfeldern	31
4	Erfahrungen aus der Praxis, eine empirische Untersuchung	35
4.1	Das EU-Forschungsprojekt RESME	35
4.2	Methodische Grundlagen	36
4.3	Ergebnisse	38
4.4	Wahrnehmung der eigenen beruflichen Identität	38
4.5	Voraussetzungen und Hindernisse für eine gelingende Kooperation	40
4.6	Kooperationserfahrungen (Good/Bad Practice)	42
4.7	Wünsche und Erwartungen	43
5	Diskussion	45
5.1	Wahrnehmung der beruflichen Identität und der Profession	46
5.2	Voraussetzungen und Hindernisse für eine gelungene Kooperation	47
5.3	Das Selbstverständnis in der Praxis / Umgang untereinander	48
5.4	Wünsche und Erwartungen	49
6	Schlussfolgerung	50
7	Literaturverzeichnis	55
8	Anhang	66

Danksagung

Mein Dank gilt insbesondere meiner Familie:

Meinem Vater danke ich dafür, dass er mir von Anfang an, durch Gespräche, Brainstorming und Feedback geholfen hat, mich zu strukturieren. Meiner Mutter danke ich für die Ermutigungen immer weiterzumachen. Bei meiner Schwester Linda und meiner Tante Claudia bedanke ich mich für die unermüdliche Unterstützung in Form von hilfreichen Korrekturen. Und schließlich möchte ich mich bei Steffen bedanken, der mich durch seinen unerschütterlichen Glauben und sein Vertrauen in mich, sowie seiner Geduld und Liebe in allen Lebenslagen unterstützt hat.

1 Einleitung

„Wer sich der Frage einer besseren Kooperation [...] zuwendet, muss sich zunächst mit der dem jeweiligen System zugrunde liegenden Funktion, dem professionellen Verständnis ihrer Akteure sowie der Ausgestaltung der Leistungsabwicklung befassen.“ (Wiesner 2012, 238).

Zunehmende psychische Leiden in der Bevölkerung lassen nicht nur Erwachsene erkranken, sondern auch immer häufiger Kinder und Jugendliche. Dies wird durch nationale und internationale Studien belegt (vgl. Beck 2010). So weisen laut der BELLA-Studie 21,9% aller Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten auf (vgl. BELLA-Studie 2007). Während der Anteil der unter 20-Jährigen an der Gesamtbevölkerung um 10% (2000 bis 2008) gesunken ist, sind die Zahlen der stationären Behandlungsfälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im gleichen Zeitraum um 37% gestiegen (vgl. BVKE 2010, 1). Es ist davon auszugehen, dass diese Problematik auch in Zukunft weiter ansteigt. In Korrelation dazu wächst die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die nach einer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) in einer Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) weiter versorgt werden (vgl. Beck 2010). Der gemeinsame Versorgungs- und Behandlungsauftrag an die KJP und die KJH gewinnt damit an Bedeutung und die Schnittstellenarbeit der beiden Arbeitsfelder ist unumgänglich geworden ist. Die beiden aufeinander treffenden Systeme weisen jedoch nicht nur viele Gemeinsamkeiten sondern auch einige Unterschiede auf, wie z.B. in den grundlegenden Handlungskonzepten, der professionellen Prägung und den Arbeitsformen (vgl. Fegert/Schrappner 2004, 5). Diese Unterschiede sind Herausforderungen, die unweigerlich zu Konflikten führen und welche es, innerhalb der interdisziplinären Kooperation zu bewältigen gilt. Seit Jahren gibt es eine Fachdiskussion zwischen Vertreter_innen der KJH und der KJP. Diese beschäftigt sich nicht nur fortwährenden mit dem Unterfangen, die beiden Systeme voneinander abzugrenzen, doch vorwiegend mit der Frage, wie die gemeinsame Zusammenarbeit der beiden Fachgebiete verbessert werden kann. Im Rahmen des internationalen Forschungsprojektes „On the borders between Residential Child Care and Mental Health Treatment“, kurz: RESME, wurde in sechs verschiedenen EU-Staaten eine Interviewstudie zu dieser Thematik durchgeführt. Befragt wurden Fachkräfte des Gesundheits- und Jugendhilfesystems an der Schnittstelle zwischen kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung und der stationären Erziehungshilfe. Ziel des Projektes war es, sich wissenschaftlich mit der Kooperation der KJH und KJP auseinander zu setzen, um langfristig Impulse zur Verbesserung der Schnittstellenarbeit zu generieren (vgl. RESME

2014). Für den deutschen Raum wurde das Projekt durch Prof. Dr. Gunter Groen und Astrid Jörns-Presentati an der HAW Hamburg durchgeführt.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Kooperation an der Schnittstelle zwischen den Systemen der KJH und der KJP sowie die strukturellen Bedingungen dieser Arbeitsfelder zu erörtern. Im Zentrum stehen dabei die Perspektive der Sozialarbeiter_innen, deren professionelles Selbstverständnis und die Frage, wie dieses die interdisziplinäre Zusammenarbeit möglicherweise beeinflusst. Um die Thematik näher zu erläutern, fließen die durchgeführten Interviews der RESME – Studie und die damit verbundene Praxiserfahrung mit ein, welche von Prof. Dr. Gunter Groen zur Verfügung gestellt wurden.

Zu Beginn der Arbeit wird sich der Herausstellung eines Selbstverständnisses, sowie der Frage, ob die Soziale Arbeit inzwischen als Profession bezeichnet werden kann, gewidmet. Anschließend wird das professionelle Selbstverständnis in der Kooperation mit anderen Professionen verortet. Der darauffolgende Abschnitt beschäftigt sich mit der Kooperation der beiden Fachdisziplinen. Deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede, die Ausgangslage einer gemeinsamen Schnittstellenarbeit, sowie Voraussetzungen und Problemfelder für eine gelingende interdisziplinäre Kooperation werden herausgearbeitet. Im Anschluss daran wird zunächst das EU-Forschungsprojekt RESME vorgestellt und die methodischen Grundlagen werden erläutert. Im nachfolgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Interviews in Form von Kernaussagen und Interpretationen beleuchtet. Abschließend wird der theoretische Teil mit dem empirischen Teil verflochten. Die aus den Erkenntnissen resultierenden relevanten Schlussfolgerungen für die Praxis werden in einem Fazit zusammenfassend dargestellt.

2 Entwicklung eines professionellen Selbstverständnisses

Im Gegensatz zu anderen Berufen, die aufgrund ihrer vorgegebenen Abgrenzung leichter zu beschreiben und zu definieren sind, erweist sich die Soziale Arbeit als herausfordernd. Kleve (2003) spricht im Zuge der besonderen professionellen Situation der Sozialen Arbeit sogar von der Identität der Identitätslosigkeit (vgl. Kleve 2003, 127). Um jedoch professionell arbeiten zu können, ist es für eine/n Sozialarbeiter_in notwendig, eine möglichst klare professionelle Identität zu haben.

Im folgenden Abschnitt wird zunächst eine Begriffsklärung des professionellen Selbstverständnisses vorgenommen. Zudem werden die Wichtigkeit eines solchen sowie die Schwierigkeit für dessen Herausbildung und der praktischen Umsetzung aufgezeigt. Hierfür werden verschiedene Hintergründe und Einflussfaktoren aufgezeigt: Die Geschichte der

Sozialen Arbeit, das definierte Selbstverständnis durch Berufsverbände, die mangelhafte Identitätsbildung in der Ausbildung und der Herausforderung der Positionierung mit anderen Professionen. Diese Hintergründe machen die sozialberufliche Relevanz einer entwickelten professionellen Identität für die Praxis, gerade in Berührung mit anderen Professionen, deutlich.¹

2.1 Definition eines professionellen Selbstverständnisses

Das professionelle Selbstverständnis umfasst eine Reihe von unterschiedlichen Kriterien. Die Sozialpädagoginnen Karges und Lehner (2005) verstehen unter beruflicher Identität das Zugehörigkeitsgefühl zu einer bestimmten Fachdisziplin. Diese beinhaltet die Kenntnis über die berufseigenen Fähigkeiten und die damit verbundenen Fertigkeiten zur Umsetzung sowie die Reflexionsfähigkeit der eigenen Profession (vgl. Karges/Lehner 2005, 450). Wendt (1995) hingegen versteht die Selbst- und Fremdzuschreibung als elementare Grundvoraussetzung für die Entstehung eines professionellen Selbstverständnisses. Das Selbst- und Fremdverständnis führt somit zu einer klaren Abgrenzung zu anderen Berufen. Diese Identifikation wird im Laufe der Zeit durch Selbstreflexion der Berufsgruppe immer weiter entwickelt und nach außen repräsentiert (vgl. Wendt 1995, 11).

In Bezug auf die Soziale Arbeit gestaltet sich dieser Prozess als besonders herausfordernd, denn sowohl das Selbst- als auch das Fremdverständnis der Sozialen Arbeit werden von gesellschaftlichen Verhältnissen bestimmt. Hierbei wird von dem doppelten Mandat (Trägerauftrag und Klientenwunsch) und dem sogenannten Tripelmandat (Trägerauftrag, Klientenwunsch und ethischer Kodex der Sozialen Arbeit) gesprochen. Herausfordernd sind hierbei die professionelle Selbstverpflichtung zur Selbsthilfe und das Bewusstsein, nur gemeinsam - also in Absprache mit dem Klienten - gesteckte Ziele erreichen zu können (vgl. Mühlum 2011, 775).

Für das Selbst- und Fremdverständnis ist auch die professionelle Ethik von Bedeutung. Die Formulierung einer professionellen Wertordnung bildet eine der ethischen Grundlagen. Insbesondere Professionen wie Medizin und Soziale Arbeit, die in die Lebensumstände anderer Menschen eingreifen, müssen ihr Handeln und ihre Entscheidungen gegenüber sich selbst und gegenüber anderen durch die Werte und Ziele ihrer Profession begründen können (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, 165 f.). In der vorliegenden Arbeit wird nicht näher auf diese Thematik eingegangen.

¹ In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe „Selbstbild“ und „Identität“ synonym verwendet.

Ein professionelles Selbstverständnis fasst demzufolge das Zugehörigkeitsgefühl und das kollektive Bewusstsein eines Berufs zusammen. Es weiß um die berufseigene Befähigung, Grenzen und Möglichkeiten, kennt die technisch erforderlichen Fertigkeiten, die notwendig sind, um dem beruflichen Anforderungsprofil zu entsprechen und ist in der Lage, eine berufsspezifische Reflexion und Visionsbildung zu betreiben. Um sich von anderen Berufen abgrenzen zu können, basiert die berufliche Identität auf einer Selbst- wie auf einer Außenbeschreibung.

Doch wie hat sich das Berufsbild der Sozialen Arbeit im Laufe der Geschichte herausgebildet und welche Prozesse haben dazu beigetragen?

2.2 Geschichtliche Hintergründe des professionellen Selbstverständnisses in der Sozialen Arbeit

Die Wurzeln der Sozialen Arbeit reichen bis ins Mittelalter zurück und finden ihren neueren geschichtlichen Hintergrund in zwei verwandten Berufsbezeichnungen, der Sozialpädagogik (damals: Hilfe für Kinder vor der Verwahrlosung) und der Sozialarbeit (damals: Hilfe für Erwachsene bei materieller Armut) (vgl. Mühlum/Buttner 2010, 155; vgl. Mühlum 2001, 37 ff.). Heute wird die Sozialarbeit dem sozialen Sicherungssystem und die Sozialpädagogik dem Bildungssystem zugeordnet (vgl. Mühlum 2012, 327). Seit Anfang des 20. Jahrhunderts wird Soziale Arbeit immer mehr als Profession betrachtet. Zwar lässt die Entwicklung der Sozialen Arbeit als Profession aus erkenntnistheoretischer Sicht einen durchlaufenden roten Faden vermissen, evident ist jedoch die fortschreitende Höherqualifizierung der Disziplin (vgl. Mühlum 2012, 326). Seit 1970 setzte eine Konvergenzbewegung ein. Im Zuge der Veränderungen in der Sozialpolitik und der vorgegebenen Sozialstrukturen werden Sozialpädagogik und Sozialarbeit heute im Sammelbegriff Soziale Arbeit zusammengefasst. Die Entwicklung vom „Ehrenamt“ bis „gegen Entgelt ausgeübte Berufstätigkeit“ geschah in Phasen (vgl. Mühlum 2001, 81 ff.).

Seit dem letzten Viertel des 20. Jahrhunderts treiben internationale Standards wie das UNO Manual von 1994, die Social Work Definition aus dem Jahr 2000 und die Global Standards von 2004 die Professionalisierung der Sozialen Arbeit immer weiter voran. Deren Bedeutung wird noch nicht überall anerkannt, aber trotz allem bildet sie um die Jahrtausendwende die Basis für sozialprofessionelle Praxis und Theorie (vgl. Mühlum 2012, 329).

Die Soziale Arbeit gehört zu einem Beruf, der gesellschaftlich wichtige Aufgaben übernommen hat und der versucht, sich als Beruf mit anerkanntem Fachwissen, als Profession, zu etablieren (vgl. Heiner 2007, 17 f.).

Dies erweist sich allerdings als nicht ganz einfach. Die Gründe dafür sind unterschiedlich. Dieser Bereich verfügt über viele verschiedene Handlungsfelder sowie fachliche Hintergründe und agiert mit unterschiedlichem Kliente, Trägern und Mandaten. Bis heute sind die Aufgaben von Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Sozialer Arbeit nicht eindeutig geklärt. Die Berufsbezeichnung, die Stellung innerhalb der Fachdisziplinen, die gesellschaftliche Funktion und die Gestaltung der Ausbildung sind teilweise diffus und bleiben wiederkehrender Bestandteil der aktuellen Diskussionen (vgl. Brand 2014).

Die Soziale Arbeit ist demnach facettenreich, generalistisch und verfügt über eine große Unterschiedlichkeit von Aufgabenfeldern, Auftraggebern, Organisationsformen und Methoden. Zusätzlich sind die Wissensbestände und Wissensquellen heterogen und es wird auch auf andere Wissenschaftsdisziplinen, wie beispielsweise auf die Psychologie und Soziologie zurückgegriffen. Dies alles erschwert das Finden eines einheitlichen Selbstverständnisses und damit die Etablierung als Profession (vgl. Kleve 2003, 120 f.; vgl. Heiner 2007, 17 f.). Die Soziale Arbeit ist von ihrer Grundauffassung bio-psychozial orientiert. Im Gegensatz zu anderen Professionen, die von ihren Selbstverständnissen her tendenziell nur das Biologische (Mediziner_innen), nur das Psychische (Psycholog_innen) oder nur das Soziale (Jurist_innen) bearbeiten, ist die Soziale Arbeit personenbezogen tätig und bearbeitet alle Bereiche zugleich (vgl. Kleve 2003, 121). Zwar ist es einzelnen Fachkräften leicht möglich, eine Identität für den jeweiligen Tätigkeitsbereich wie beispielsweise als Mitarbeiter_in des Krankenhaussozialdienstes, des Erziehungsheims oder des Betreuten Jugendwohnens zu entwickeln. Die Entwicklung einer Identität als Fachkraft für Soziale Arbeit fällt hingegen deutlich schwerer, wodurch auch der Professionalisierungsgrad der Sozialen Arbeit umstritten ist (vgl. Heiner 2007, 17 f.).

Bei der Sozialen Arbeit ist der Übergang von der Berufsgeschichte in die Professionsgeschichte fließend. Folglich zeigt sich, dass die Geschichte der Sozialen Arbeit keinem ausdrücklich beruflichen Leitprofil gefolgt ist, sondern sich vielmehr aufgrund von äußeren Gegebenheiten entwickelt hat. Doch kann man heute bei Sozialer Arbeit überhaupt schon von einer Profession reden oder ist sie nur ein Beruf? Inwieweit erfüllt Soziale Arbeit bereits die Kriterien einer Profession und was macht eigentlich eine Profession aus? Das nachfolgende Kapitel beschäftigt sich eingehender mit diesen Fragestellungen.

2.3 Soziale Arbeit als Profession

Zu den Professionen zählen anerkannte, bedeutende und herausragende Berufe, die über eine akademische Ausbildung, eine bessere Bezahlung und eine größere Entscheidungsfreiheit im beruflichen Handeln verfügen. Zu den wichtigsten Kriterien für Professionalität gehören eine besondere Fachkenntnis, eine akademische Ausbildung, ein abgegrenzter Zuständigkeitsbereich, Aufgaben von wesentlicher Bedeutung, die Autonomie der Profession und eine festgeschriebene berufliche Ethik. Allerdings wurden diese sieben Merkmale vom Beispiel der klassischen Professionen, wie z.B. Ärzte oder Juristen abgeleitet. Andere (gehobene) Berufe, denen einige dieser Kennzeichen fehlen, können demzufolge nicht als Profession, sondern nur als Semi-Professionen oder unvollendete Professionen bezeichnet werden. Das lässt sie als minderwertig erscheinen und lässt ein Ringen um gesellschaftliche Anerkennung folgen (vgl. Heiner 2004, 15 f.). Wenn man von einem Modell ausgeht, bei dem alle sieben Merkmale erfüllt sein müssen, können nicht viele Berufe einer Profession zugeordnet werden. Geht man außerdem von der Annahme aus, dass ausschließlich Professionelle im Stande sind, auch „professionell“ handeln zu können, hätte das zur Folge, dass lediglich die Arbeitsweisen des Arztes und nicht die des Krankenpflegers „professionell“ sein können, da dieser über keine akademische Ausbildung und nur wenig Autonomie verfügt (vgl. ebd.).

Heiner (2007) hat fünf Merkmale von Professionen zusammengefasst und in Bezug auf Soziale Arbeit erläutert: 1. Bearbeitung bedeutsamer Probleme, 2. Akademische Ausbildung und Nutzung wissenschaftlichen Wissens, 3. Autonomie des Berufes, 4. Abgegrenzter, eigener Gegenstandsbereich, 5. Höheres Ansehen und Bezahlung (vgl. Heiner 2007, 160 ff.). Dabei wird deutlich, dass die Antwort auf die Frage, ob Soziale Arbeit eine Profession ist oder noch werden kann von der jeweiligen Sichtweise abhängig ist. Es gibt mindestens zwei Perspektiven, um den Entwicklungsstand eines Berufes einzuschätzen:

(1) Berufsstrukturelle Perspektive, bei der die „Professionalität“ nur den Berufen zugeschrieben wird, welche die Kriterien, die am Beispiel der klassischen Professionen abgeleitet wurden, erfüllen und damit den Status einer klassischen Profession aufweisen.

(2) Handlungs- und wirkungsorientierte Perspektive, die den Fokus auf das professionelle Handeln legt und dabei prüft, ob die Fachkräfte die erwünschten Ergebnisse bei der Erledigung bestimmter Aufgaben erzielen und dabei nach ihren beruflichen Standards handeln. Beide Perspektiven betonen ganz verschiedene Aspekte der beruflichen Autonomie und haben somit zur unterschiedlichen Einschätzung bei der Beurteilung des Professionalisierungsgrades der Sozialen Arbeit geführt (vgl. Dewe/Otto 2002, 179 ff.).

Inzwischen gibt es verschiedene Professionsmodelle, welche die berufsstrukturelle Perspektive erweitern und als Erklärungsansatz das Merkmal des professionellen Handelns haben (vgl. Ebert 2012, 19). Die neuere Entwicklung des professionstheoretischen Diskurses in der Sozialen Arbeit unterscheidet also stärker zwischen Professionalität und Profession. Demnach können die Mitglieder der „Semi-Profession“ Soziale Arbeit „professionell“ handeln, wenn sie unter Einhaltung sozialpolitischer Vorgaben die beruflichen Anforderungen standardgemäß umsetzen (vgl. Heiner 2004, 24).

Die wissenschaftliche Tragfähigkeit dieses Modells ist zurzeit jedoch nicht ausreichend gegeben, und die Frage nach der Eigenständigkeit der Sozialen Arbeit ist nicht eindeutig zu bejahen (vgl. ebd., 24).

Professionalität verlangt jedoch mehr als nur die Beherrschung von Methoden und Techniken zur Erreichung vorgegebener Ziele. Um passende Ergebnisse erzielen zu können, ist eine ausgeprägte berufliche Identität ebenso notwendig (vgl. Bartlett 1970, Wilfing 1995; zit. n. Heiner 2004, 38). Das Wissen um die eigene Identität bzw. die eigene Rolle setzt zum einen eine klare Vorstellung der eigenen Aufgabe voraus und fordert zum anderen eine Verortung dieser Aufgabe im Rollenverständnis des Fachbereiches. Aus diesen Grundannahmen wird das Fundament für berufliche Handlungskompetenz gebildet (vgl. Heiner 2004, 37 ff.).

2.4 Das Selbstverständnis des IFSW und DBSH

Die Internationale Vereinigung der Sozialarbeiter_innen (International Federation of Social Workers, IFSW) orientiert sich an der handlungs- und wirkungsorientierten Sichtweise. Sie versteht Soziale Arbeit als vollwertige Profession und hat das Selbstverständnis Sozialer Arbeit auf internationaler Ebene definiert. Die IFSW vertritt die Berufsverbände (u.a. den DBSH) der professionellen Sozialarbeiter_innen aus 90 verschiedenen Ländern mit insgesamt 750 000 Mitgliedern (vgl. IFSW 2014).

Folgende internationale Definition Sozialer Arbeit wurde auf dem Delegates Meeting 2000 in Montreal festgelegt:

„Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit“ (DBSH 2005).

Der *Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit* (DBSH) ist Mitglied des ISFW. Im DBSH sind 6.000 Sozialarbeiter_innen, Sozialpädagog_innen und Heilpädagog_innen berufsständisch zusammengeschlossen. Der Verband vertritt seine Mitglieder in gesellschaftsbezogenen, fachspezifischen, berufspolitischen und arbeits- und tarifrechtlichen Themen. Der DBSH ist weltanschaulich nicht gebunden, überparteilich und engagiert sich für die Durchsetzung verschiedener Ziele. Dazu gehören, unter anderem, die Verbesserung der Bedingungen sozialer Arbeit, die Zusammenarbeit der in sozialen Arbeitsfeldern tätigen Fachkräfte und die fachliche Profilierung und leistungsgerechte Anerkennung sozialer Berufe (vgl. DBSH 2014a). Zielsetzung des DBSH ist es, in der Sozialen Arbeit Maßstäbe zu setzen. Fachkompetenzen sollen durch eine wissenschaftlich fundierte Ausbildung, Praxiserfahrung, fortwährende Fort- und Weiterbildung sowie wissenschaftliche Erkenntnisse aus Forschung und Lehre erlangt werden (vgl. DBSH 2009a).

Die grundsätzliche Haltung und Verantwortung für professionelle Soziale Arbeit findet seine berufsethische Grundlage in dem „Code of Ethics“ des ISFW und den „Berufsethischen Prinzipien“ des DBSH. Die Werte professioneller Sozialer Arbeit orientieren sich an Menschenwürde, Freiheit, Gleichberechtigung und Solidarität gemäß der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ der UN, der internationalen Pakte der UN und der „Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten“.

Die Soziale Arbeit hat laut DBSH den doppelten Auftrag die bestehenden Strukturen und Normen der Gesellschaft voran zu bringen und zu unterstützen sowie bedürftige Menschen, die gesellschaftlich daran gehindert werden, einen angemessenen Lebensstil zu führen, zu begleiten und zu helfen (vgl. DBSH 2009b, 4). Soziale Arbeit soll in anderen Worten zwischen verschiedenen Interessengruppen vermitteln, Selbsthilfe und Handlungsfähigkeit fördern sowie Gesellschaft und Politik beraten (vgl. DBSH 2014b).

Den gesellschaftspolitischen Auftrag professioneller Sozialer Arbeit definiert der DBSH in Anlehnung an die internationale Definition. Die Soziale Arbeit wird dabei als Menschenrechts-Profession verstanden, die auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und den entsprechend begründbaren Methoden handelt.

„Sie hilft Menschen, eine befriedigende Teilhabe am Leben zu erreichen. Sie unterstützt die Gesellschaft in ihrer sozialen und demokratischen Verpflichtung. Sie handelt auf der Basis besonderer berufsethischer Verpflichtungen. Die Profession Soziale Arbeit hilft Einzelnen, Gruppen und dem Gemeinwesen bei der Lösung von Problemen, die nicht über pflegerische, gesundheitliche und privatrechtliche Dienste zu lösen sind. Die Profession Soziale Arbeit hilft der Politik, indem sie mögliche Ursachen für Problemlagen benennt (Handlungsforschung) und zugleich über neu entstehende Problemlagen informiert (Frühwarnsystem).

Die Profession Soziale Arbeit hilft der Gesellschaft, indem sie unmittelbar den sozialen Zusammenhalt fördert, darüber hinaus gesellschaftliche Veränderungsbedarfe anmahnt, zu

deren Umsetzung beiträgt und die Teilhabe aller BürgerInnen ermöglicht und unterstützt. Die Profession Soziale Arbeit handelt auf der Grundlage von Schlüsselkompetenzen, die wiederum Grundlage für die Anwendung besonderer Methoden sind“ (DBSH 2009b, 16).

Die Charakterisierung der beruflichen Identität gliedert sich zum einen in die persönliche Aufgabe jeder Fachkraft und zum anderen in die kollektive Aufgabe der gesamten Profession. In der Summe bilden Fachverbände, Berufsverbände und ihre Ausbildungsstätten die Grundlage für die individuelle Klärung des beruflichen Selbstverständnisses (vgl. Heiner 2007, 17).

Der Staat trägt auch zur Klärung des beruflichen Selbstverständnisses bei. So gehört es zur Aufgabe des Staates, sich mit den Tarifparteien und Fachverbänden auseinanderzusetzen, um in Form von Ausbildungs- und Entgeltordnung zu klären, welche Aufgaben ein Beruf unter welchen Rahmenbedingungen übernimmt. Gleichzeitig ist es aber auch Aufgabe der Mitglieder eines Berufs, ihr berufliches Selbstverständnis zu definieren. Sie sind auch dafür verantwortlich, auf staatliche Rahmenvorgaben, gesetzliche Regelungen und auf die öffentliche Wahrnehmung ihres Handelns Einfluss zu nehmen. Dies gilt insbesondere für Professionen (vgl. Heiner 2007, 18).

Die internationalen und nationalen Berufsverbände IFSW und DBSH haben hohe berufliche Standards gesetzt und messen der Profession Soziale Arbeit einen hohen gesellschaftlichen Wert zu. Sie verstehen Soziale Arbeit als eine unabdingbare Menschenrechts-Profession und Handlungswissenschaft.

Wie gezeigt wurde, kommt den Berufsverbänden und Mitgliedern des Berufes bei der Definition der beruflichen Identität eine zentrale und prägende Rolle zu. Doch welchen Platz nimmt das Studium in dem Prozess der beruflichen Selbstfindung ein?

2.5 Identität in der Ausbildung

Ausbildung bietet einen grundlegenden Ausgangspunkt für die berufliche Identitätsbildung. Wendt konstatiert: „Identität kommt in einem Bildungsprozess zustande und verändert sich in ihm.“ (Wendt 1995, 8) Wenn es also um Vermittlung, Förderung und Entwicklung einer beruflichen Identität bzw. professionellen Berufsrolle und eines Selbstverständnisses geht, wird der Hochschule eine prägende Rolle zugesprochen (vgl. Ebert 2011, 5).

Die Hochschule fungiert als Vermittler zwischen Wissenschaft und Praxis. Indem Kompetenzen ausgebildet und erprobt werden, kann ein späterer beruflicher Ernstfall simuliert werden. Die Hochschule bietet den Studierenden die Möglichkeit, sich auf spätere Krisen- und Konfliktsituationen vorzubereiten und somit bereits eine erste berufliche

Orientierung auszubilden. So werden in einem geschützten Rahmen, also unter Abwesenheit beruflicher Anerkennungs- und Abgrenzungsfelder die ersten Schichten eines Fundaments für die berufliche Identität gelegt. Nach Schneider (2001) kann es in der Praxis jedoch zu Problemen mit der beruflichen Identität kommen. Denn wenn für diese nicht schon in der Hochschule Grundlagen gebildet werden, kann die Identifizierung nur in den jeweiligen Arbeitsfeldern erfolgen und nicht über den Beruf der Sozialarbeiter_in (vgl. Schneider 2001, 7). „Man ist das, was man tut, und nicht mehr das, was man kann (so weit man das überhaupt sagen kann).“ (ebd., 7) Wenn also ein gemeinsames Verständnis der Profession, wie es in der Ausbildung vermittelt werden müsste, fehlt, dann ist eine Verständigung auf der Metaebene nicht zu gewährleisten, da hierfür die gemeinsame Grundlage fehlt (vgl. Nodes 2012, 7).

Eine Ursache für die fehlende Basis scheint die Art und Weise zu sein, wie gelehrt wird und wie der Lehrkörper einer Hochschule zusammengestellt ist. Den Studierenden im Fachbereich Soziale Arbeit fehlt es häufig an Gelegenheit, ein eigenes Professions- und/oder Berufsverständnis auszubilden. Nach Ebert (2011) liegt der Schwerpunkt auf der Wissens- und Kompetenzaaneignung. Hiermit geht aber nicht automatisch ein Professionsverständnis einher. In der strukturellen Planung der Bachelor-Studiengängen im Feld Soziale Arbeit wurden diese Aspekte bislang vernachlässigt (vgl. Ebert 2011, 5 ff.).

Harmsen (2014) fragt verwundert nach der Kausalität der Geringschätzung von studentischer professioneller Identitätsbildung. Seiner Meinung nach spiegelt dieser Zustand direkt die Lehrsituation an vielen deutschen Hochschulen wieder. Professionstheoretische Orientierung wird aus politischen und/oder disziplinären Überlegungen zu wenig gefördert und ist möglicherweise sogar unerwünscht. Verunsicherung in Bezug auf das kollektive berufliche Selbstbewusstsein bei Lehrenden und Studierenden ist die Folge einer nicht-vorgebildeten beruflichen Identität (vgl. Harmsen 2014, 18). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde während einer kooperativen Tagung zweier Hochschulen 2010 das Thema „Professionalität und Soziale Arbeit“ diskutiert. Dabei wurde insbesondere der Frage nachgegangen, inwieweit die Hochschule, bzw. das Studium der Sozialen Arbeit, die Professionalität (welche die professionelle Identität als ein Element beinhaltet) bei den Studierenden entscheidend fördern kann (vgl. Becker-Lenz et al. 2012, 9).

An den Hochschulen für angewandte Wissenschaften, wurde unter 54 % der Fakultäten und Fachbereiche, eine Studie zur wissenschaftlichen Qualifikation der Professor_innen der Sozialen Arbeit in Deutschland durchgeführt (vgl. Amthor 2012, 154). Diese kam zu dem Ergebnis, dass Lehrende eine überwältigende, teils ausufernde Vielfalt an Studienabschlüssen repräsentieren. Die Ursache für diese Vielfalt an Abschlüssen ist die bisherige curriculare

Aufspaltung in einzelne Fächer. Die Aufsplitterung von Modulen gab in der Vergangenheit immer wieder Anlass zu Kritik, da die Ausbildung durchgängig von Lehrenden aus anderen wissenschaftlichen Disziplinen übernommen wurde (vgl. ebd., 154).

Von den 621 befragten Lehrenden besaß bis dato nur 19 % einen Fachhochschulabschluss als Sozialarbeiter_in oder Sozialpädagoge_in. Das hat zur Folge, dass die Studierenden an der Hochschule für angewandte Wissenschaften zu einem überwiegenden Teil von fachfremden Professor_innen ausgebildet werden. Dies steht im krassen Gegensatz zur Handhabung der Ausbildung im angloamerikanischen Raum, beispielsweise in den USA, Kanada, Australien oder England. Dort liegt das Studium seit Jahren komplett in der Hand des eigenen Berufsstandes (vgl. Amthor 2008, 235ff.).

Fragwürdig ist hierbei besonders, dass die inhaltliche Vermittlung in den Studienfächern der Sozialen Arbeit losgelöst ist von professioneller Identifikation, weil der Praxisbezug der Lehrenden fehlt. Außerdem ist eine Konfrontation mit den unterschiedlichen Berufsrollen der anderen Professionen unvermeidlich. Durch diesen Prozess wird die berufliche Orientierung unnötig erschwert (vgl. Amthor 2012, 155).

„Die Studierenden sehen sich einer verwirrenden Komplexität an Wissenschaften, Theorien, methodischen Vorgehensweisen, berufspraktischen Erfahrungen aus Arbeitsgebieten anderer Berufe, aber auch unterschiedlichen Haltungen gegenüber sozialen Problemen, der Sozialen Arbeit und dem Berufsstand der Sozialarbeiter_innen und Sozialpädagogen konfrontiert und müssen sich mit berufsfremden Denkweisen, Einstellungen, Verhaltensweisen, Berufsrollen und -identitäten von Psychologen, Soziologen, Juristen, Mediziner_innen und vielen anderen Berufen auseinandersetzen.“ (Amthor 2012, 255)

Für die Bildung einer beruflichen Identität ist es kein Idealzustand, wenn lediglich ein oder zwei der Lehrenden im Fachbereich über einschlägige Berufserfahrung als Sozialarbeiter_in verfügen. Solange überwiegend Soziolog_innen, Psycholog_innen, Politolog_innen etc. im Fachbereich Soziale Arbeit lehren, fehlt es den Studierenden an Vorbildern zur Orientierung, denn hierzu braucht es im Idealfall den gesamten Lehrkörper (vgl. Amthor 2012, 155 f.). Hier sollte die Hochschule, Verantwortung auf sich nehmen den eigenen Nachwuchs zu fördern, in dem sie z. B. promovierende Sozialarbeiter_innen fördert (vgl. Knoll 2010, 27; vgl. Gerull 2009, 130).

Aus den oben angeführten Beiträgen wird einerseits ersichtlich, wie grundlegend die Ausbildung für die gesunde Ausprägung eines professionellen Selbstverständnisses ist. Andererseits wird deutlich, wie fachfremde Lehrkräfte an den Hochschulen den Prozess einer eigenen beruflichen Identitätsfindung erschweren.

Wie wirkt sich nun das teilweise diffuse und noch unausgereifte Rollenverständnis von Fachkräften für Soziale Arbeit in der Zusammenarbeit mit anderen Berufen aus? Welche

Rolle spielt die Sicht anderer Professionen auf die Entwicklung eines professionellen Selbstverständnisses?

2.6 Das Selbstverständnis in Bezug auf die Kooperation mit anderen Professionen

Wendt (1995) zufolge kann berufliche Identität und eine gewisse Objektivität in Bezug auf das Fachgebiet nur entstehen, wenn es ein öffentliches Ringen mit anderen Positionen gibt, das schließlich zu bestimmten gesellschaftlichen Abmachungen und Zuständigkeiten (Abgrenzungen) führt (vgl. Wendt 1995, 16). „Ein Selbstverständnis kann nicht von dem Fremdverständnis absehen, das privat oder öffentlich artikuliert wird. Woran gearbeitet wird, muss objektiv auszumachen sein.“ (ebd., 16). Wenn das berufliche Profil, wie in der Sozialen Arbeit, jedoch unklar und umstritten und der Auftrag überwiegend diffus ist, dann kann die interdisziplinäre Kooperation eine Herausforderung darstellen (vgl. Heiner 2004, 165).

Auch die gesellschaftlichen Erwartungen von Fürsorglichkeit in der Sozialen Arbeit differieren teilweise immens mit dem unscharfen Selbstverständnis der Profession. Als Beispiel hierfür fungiert die Betitelung des Sozialarbeiters in den Medien als „Sozialhelfer_in“, bzw. bei der Klientel als „Sozi“. Das jeweils unterschiedliche Fremdbild ist eine Spiegelung des unscharf definierten Selbstbildverständnisses der Sozialen Arbeit. An diesem einfachen Beispiel ist deutlich zu erkennen, dass ein Beruf ohne klar und scharf abgegrenztes Bild von sich selbst auch von anderen Professionen verschwommen wahrgenommen und mit Fremdbedeutung aufgeladen wird. In der Praxis kommt erschwerend hinzu, dass auch Erzieher_innen, Psycholog_innen und Diakon_innen vom Selbstbild her ebenfalls „soziale Arbeit“ leisten (vgl. Wendt 1995, 16). Nur durch Herausstellung und Konzentration auf die Alleinstellungsmerkmale der Profession sowie auf das, was den Beruf u.a. in der „Helferszene“ beständig auszeichnet, lässt sich eine Unverwechselbarkeit der Profession empirisch begründen (vgl. ebd., 16).

Die Wichtigkeit dieser Alleinstellungsmerkmale bestätigt sich in der sogenannten „Finnlandstudie“, die von 2005 bis 2009 an der Alice Salomon Hochschule zum Thema Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich durchgeführt wurde. Die durchgeführten Interviews zeigten deutlich, dass der Prozess der Entwicklung eines positiven Selbstbildes direkt mit der Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen korrelierte (vgl. Gerull 2009, 123).

Zu unterscheiden ist hierbei nach Kappeler (2010), ob es um ein Selbstverständnis im Sinne des Berufsstandes geht oder um das Ergebnis einer gemeinsam interpretierten Verhaltensnorm

in einem Berufsfeld, in dem unterschiedliche Professionen unter einem Dach produktiv zusammenarbeiten (müssen). Gegensätze zwischen Staat, Gesellschaft, Bürger_innen, Klient_innen, Mediziner_innen, Psycholog_innen, etc. bilden ein prägendes Merkmal der Sozialen Arbeit, welche besonders durch strukturelle Heterogenität heraussticht (vgl. Kappeler 2010, 14). Das vielfältige Spektrum der Kooperationspartner reicht vom Bildungs- über das Gesundheitswesen, vom Wohnungs- bis zum Justizwesen und von der Privatwirtschaft bis zur Polizei. So erfordert die institutionelle Kooperation der externen Leistungssysteme und die vielschichtige Komplexität der Problemstellung ein hohes Maß an Kooperationsfähigkeit der Sozialen Arbeit, um entsprechend ganzheitliche Problemlösungen anzuregen und umzusetzen (vgl. Heiner 2007, 427). Die daraus resultierenden Komplikationen ergeben sich aus strukturellen Widersprüchen der beteiligten Interessengruppen. Dennoch sollte diese Heterogenität nicht ausschließlich negativ bewertet werden. Sie kann ebenfalls als Machtbegrenzung definiert werden und so die Handlungs- und Gestaltungsräume der beteiligten Interessenvertreter klar voneinander abgrenzen (vgl. Kappeler 2010, 14).

Sozialarbeiter_innen werden aus externer Sicht häufig als „Bittsteller“ wahrgenommen, da sie sich oft in der Rolle des Vermittlers befinden. Sozialarbeiter_innen versuchen z.B. für einen ihrer Klient_innen einen limitierten Therapieplatz bzw. einen geeigneten Platz in einer Wohngruppe zu bekommen. Oder sie möchten für ihre/n Klient_in eine höhere Dringlichkeitsstufe beim Wohnungsamt oder bei der Erziehungsberatungsstelle durchsetzen (vgl. Heiner 2007, 475). Aus dieser submissiven Rolle muss die Soziale Arbeit heraustreten, um sich im Spannungsfeld von Herrschaft um die tonangebende Rolle in der Kooperation emanzipieren zu können (vgl. Kappeler 2010, 14).

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass die Identität der Sozialarbeiter_innen in den Augen der Kooperationspartner verwässert werden kann, z.B. durch das ambivalente Auftreten der Jugendhilfe als Kindergarten (Bildungsinstanz), Jugendarbeit (Partizipationsinstanz) oder Jugendamt (Erziehungsinstanz und Wächteramt) (vgl. Miehle-Fregin 2010, 164).

Egal, ob in einem multiprofessionellen Team in eigenen Einrichtung oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen: die Anforderung an Sozialarbeiter_innen besteht darin, seine oder ihre eigenen fachlichen Überzeugungen und Standards zugunsten der Klient_innen durchzusetzen. Um dies zu ermöglichen, sind bestimmte Fähigkeiten notwendig. Insbesondere gegenüber statushöheren und dominanten Professionen müssten Sozialarbeiter_innen zunächst die Abhängigkeit von und die Relevanz einer Kooperation und die Rahmenbedingungen und

Überzeugungen der Kooperationspartner_innen akzeptieren. Zeitgleich muss der/die Sozialarbeiter_in auf die eigenen beruflichen Verantwortlichkeiten beharren. Die Selbstdarstellung des eigenen Profils und der eigenen Leistungen sollte zurückhaltend erfolgen, und ohne den Kooperationspartner abzuwerten. Zudem ist zu entscheiden, in welcher Mischung Arbeitsteilung und die alleinige Erledigung von Aufgaben angemessen ist (vgl. Heiner 2004, 165).

Trotz des Machtgefälles innerhalb des Kooperationsgefüges und der scheinbaren Abhängigkeit der Sozialen Arbeit, lässt sich eine Reihe gemeinsamer Anforderungen feststellen. Diese resultiert innerhalb des multiprofessionellen Kooperationsgefüges aus den unterschiedlichen Perspektiven und Herangehensweisen der Berufsgruppen. Die Erschließung und Vermittlung von externen Dienstleistungen wird erheblich erleichtert durch Kooperationsvereinbarungen. Deutliche Absprachen darüber, wer was von wem erwarten darf und wer welche Leistungen erbringen muss, ist Grundlage einer systematisierten und umfassenden Zusammenarbeit von verschiedenen Professionen (vgl. Heiner 2007, 474f.).

Gerade in Zusammenarbeit mit anderen Professionen kann sich Soziale Arbeit ihrer Identität versichern, indem sie dazu bereit oder auch verpflichtet ist, Auskunft über ihren individuellen Beitrag zu geben (vgl. Müller 2010, 13). Um Identitätsproblemen präventiv entgegenzuwirken, kann und muss die Soziale Arbeit für sich also die Frage beantworten, welches ihr besonderer Beitrag innerhalb der Kooperationen mit anderen Professionen und Dienstleistungen ist. Gerade in multipel besetzten Themenschwerpunkten, wie z.B. Schuldnerberatung, klinischer Sozialarbeit und Erziehungsberatung, muss sie professioneller, ziel- und profilbewusster arbeiten als auf den Feldern, die den Sozialarbeiter_innen niemand streitig macht (vgl. ebd., 13).

3 Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Zusammenarbeit der beiden Systeme der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). An dieser Schnittstelle treffen zwei unterschiedliche Fachdisziplinen aufeinander, die gesetzlich zu einer Kooperation verpflichtet sind. Diese Fachbereiche und deren gemeinsame Geschichte werden in den nächsten Kapiteln genauer erläutert. Des Weiteren wird beleuchtet, warum überhaupt ein Bedarf für eine Schnittstellenarbeit besteht und worin die Überschneidungen liegen.

Außerdem werden die Voraussetzungen und Hindernisse für eine funktionierende Kooperation genauer betrachtet.

3.1 Die Systeme im Überblick

Die beiden Arbeitsbereiche Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie unterscheiden sich trotz vieler gemeinsamer Berührungspunkte deutlich voneinander. Der Unterschied betrifft nicht nur die grundsätzlichen Konzeptionen, Arbeitsweisen, beruflichen Ausgestaltungen und Einrichtungen, sondern auch die Gesetzesgrundlagen und die Art und Weise der Finanzierung (vgl. Fegert/Schrapper 2004, 5).

Um das Spannungsfeld im Grenzbereich der Kinder- und Jugendhilfe auf der einen Seite sowie der psychiatrisch psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung auf der anderen Seite herauszuarbeiten, ist ein kurzer geschichtlicher Abriss sowie eine skizzenhafte Darstellung beider Systeme hilfreich.

3.2 Historischer Hintergrund

Das System der Kinder- und Jugendhilfe (insbesondere im Bereich der Heimerziehung) und das der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben eine gemeinsame Geschichte, die sich über einen langen Zeitraum erstreckt (vgl. Fegert/Schrapper 2004, 18). Es gibt sowohl gemeinsame Berührungspunkte als auch Trennlinien zwischen den Systemen. So vertreten Psychiatrie und Pädagogik z.B. grundsätzlich unterschiedliche Handlungsansätze. Während die Psychiatrie Leiden verhindern oder pflegen will, möchte die Pädagogik sich an den gesunden Anteilen der Person orientieren und Kräfte zur Höher- und Weiterentwicklung wecken (vgl. Du Bois 2004, 421) Eine Gemeinsamkeit ist, dass sich beide Bereiche wiederum eine lange Zeit um Selbstbehauptung und Abgrenzung bemüht haben (vgl. ebd., 421 f.).

Die Frage nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden hätten sich im ersten Viertel des 20. Jahrhunderts jedoch gar nicht erst gestellt. Fachlich und professionell waren noch keine Grenzen erkennbar, und beide Bereiche fühlten sich der Sozialpädagogik zugehörig. Sie stützten sich traditionsgemäß auf das Konzept der Verwahrlosung. Dabei ging es um Aufklärung und die moderne, medizinische Würdigung seelischer Krankheitszustände (vgl. Winkler 2004, 45). Während der Zeit des Nationalsozialismus waren Pädagog_innen und Ärzt_innen in die Erziehungs- und Rassenpolitik involviert. Hierbei waren Jugendhilfe wie Medizin an der Selektion von Kindern und Jugendlichen nach z.B. Erbgesundheit, Begabung

und Erziehungsgefährdung beteiligt. Nach Beendigung des Krieges wurde auf die Langzeitwirkungen emotionaler und sozialer Vernachlässigung aufmerksam gemacht. Die Pädagogik und Heilpädagogik wurde von Arbeiten aus dem Bereich der Medizin beeinflusst und gestaltet. Die Zusammenarbeit der Fachbereiche galt jedoch in erster Linie den „schwersterziehbaren Jugendlichen“. Auch waren es die Ärzte, die die Leitung der Heime übernahmen. 1969 kam es zu einem Stillstand der interdisziplinären Diskussion. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde von der Bundesärztekammer als ein eigenes Fachgebiet anerkannt und arbeitete an der Etablierung der neuen Disziplin. Auch die Seite der Jugendhilfe entwickelte sich in den nächsten Jahren. Heimkampagnen stellten die bisherigen Bedingungen der Heimerziehung öffentlich in Frage, was zu Veränderungsdruck und neu formulierten und realisierten Zielen der Heimerziehung führte. Auch die Folgen der Bildungsreform spielten hierbei eine wesentliche Rolle (vgl. Gintzel/Schone 1989, 16 ff.). Doch die Schärfung des eigenen Profils hatte auch eine Abgrenzung gegen andere „Nachbarbereiche“ zu Folge. Somit fungierte die Jugendhilfe im Zusammenhang mit dem Medizinbetrieb lediglich als „Dienstleister“. Außerdem lagen in der DDR zusätzlich ideologische Barrieren zwischen den Systemen. (vgl. Du Bois 2004, 421). „Der real existierende Sozialismus sah nicht vor, dass psychisches Leiden aufgrund allgemeiner sozialer Missstände entstand.“ (ebd., 421) Der Bereich der Jugendhilfe war in der DDR ursprünglich als Kontroll- und Eingriffsbehörde gedacht und wurde von der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Skepsis und Misstrauen behandelt. Erst mit der Wende begann ein Prozess der Umstrukturierung (vgl. Du Bois 2004, 421 ff.).

1985 flammte die Diskussion zwischen der Kinder- und Jugendhilfe/Heimerziehung und Kinder- und Jugendpsychiatrie wieder auf. Später kamen neue Themen hinzu, bei denen es um die Frage der Zuständigkeit bzw. die Frage der Abgrenzung der beiden Systeme ging (vgl. Gintzel/Schone 1989, 16 ff.).

Personell, strukturell und gesamtplanerisch ist heute wohl der weitaus größte Teil der geleisteten Arbeit im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit besonderem Hilfebedarf, der KJH zuzuschreiben. Andererseits ist die KJP indirekt an einer Vielzahl von Fällen als Ratgeberin, Supervisorin und an der Diagnostik beteiligt. Seit dem Jahr 1991 ist die KJH für den Bereich „seelische Behinderungen“ im KJHG zuständig, seitdem müssen beide Bereiche gemeinsame Verantwortung übernehmen (vgl. Du Bois 2004, 424). Denn mit der Ablösung des Jugendwohlfahrtsgesetz durch das Kinder- und Jugendhilfegesetzes, ist der KJH die Zuständigkeit für Kinder mit seelischer Behinderung von der Sozialhilfe übertragen worden (vgl. Fegert/Schrappner 2004, 179). Der Begriff der seelischen Behinderung beinhaltet

den seelischen Gesundheitszustand und die daraus resultierende Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Für die Einschätzung, ob eine Abweichung der seelischen Gesundheit vorliegt, ist ein/e Ärzt_in bzw. ein/e Psychotherapeut_in verantwortlich. Diese/r ist für die Diagnostik im medizinisch – psychotherapeutischen Bereich zuständig, muss also prüfen, ob eine Störung nach Definition des ICD-10² vorliegt. Die Einschätzung der daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen bzw. die psychosozialen Belastungsfaktoren sind wiederum Aufgabe der KJH (vgl. Wiesner 2004, 180). KJH und KJP müssen also eng zusammenarbeiten unter Beteiligung der Betroffenen, der Fachkräfte, der Jugendhilfe, der Medizin und eventuell der Schule oder der beruflichen Ausbildung (vgl. Fegert 2004, 216).

3.3 Das System der Kinder- und Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe unterstützt, begleitet und fördert das Aufwachsen junger Menschen durch Erziehungs- und Bildungsprozesse, neben Familie und Schule. Dies geschieht sowohl durch allgemeine als auch durch individuelle Förderung. Die allgemeine Förderung von jungen Menschen und Familien findet z.B. in Form von Freizeit-, Bildungs-, und Beratungsangeboten statt. Individuelle Förderung hingegen wird aus dem Einzelfall heraus begründet und durch angepasste Hilfs- und Unterstützungsangebote gewährleistet. Außerdem ist die Jugendhilfe verpflichtet, auf das Kindeswohl zu achten, indem sie die Verantwortung für das Einschreiten trägt, wenn Kinder und Jugendliche durch ihre Lebenssituation gefährdet sind und ihnen Schaden droht (vgl. Schone 2004, 29).

Das grundlegende Gesetz für die Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland ist das neue Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG), welches seit Anfang 1991 im Sozialgesetzbuch (SGB VIII) verankert ist und ab Mitte der 90er Jahre zunehmend bundesweit umgesetzt wurde (vgl. ebd., 29).

Die grundlegenden Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe werden in § 1 Abs. 3 SGB VIII detailliert erläutert. Hiernach erhält die KJH den Auftrag, die soziale Umwelt für die Entwicklung und Erziehung der Kinder und Jugendlichen mitzugestalten. Dies soll insbesondere durch die individuelle Unterstützung der jungen Menschen bzw. ihrer Eltern und anderer Erziehungsberechtigter, durch die Gestaltung von positiven Lebensbedingungen

² Die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) ist das wichtigste, internationale Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben.

sowie einer kinder- und familienfreundlichen Umwelt geschehen (vgl. Rätz-Heinisch/Schröer/Wolff 2009, 57).

Individuelle Ansprüche auf normale Entwicklung und Förderung sowie gesellschaftliche Normalitätserwartungen sollen durch die KJH in Form von Unterstützung und Hilfe ebenso wie durch Kontrollen und Eingriffe gesichert werden. Das verbindende Ziel der Hilfe- und Kontrollinterventionen der KJH ist die Ermöglichung, Unterstützung oder Wiederherstellung einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Lebensweise junger Menschen (§ 1 Abs. 1 SGB VIII). Dabei orientiert sich die KJH konzeptionell vor allem an sozialpädagogischen Vorstellungen und Arbeitsweisen und damit auch an den Lebenswelten der Menschen (vgl. Schrappner 2004, 204).

Die Aufgaben, die in den Bereich der heutigen KJH fallen, lassen sich in fünf große Bereiche unterteilen: a) Leistungen der KJH, b) Förderung der Erziehung in der Familie, c) Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege, d) Hilfen zur Erziehung/Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche/Hilfe für junge Volljährige und e) andere Aufgaben (vgl. Struck/Schröer 2011, 726).

Die mit diesen Aufgaben verbundenen Ausgaben werden aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert (vgl. Späth 2004, 501).

Die Kinder- und Jugendhilfe ist außerdem ein sozialpädagogischer und sozialstaatlicher Dienstleister, der Sorgeberechtigten auf Antrag Hilfen zur Erziehung gewährt, wenn die Eltern einen erzieherischen Bedarf nicht decken können (§ 27 SGB VIII). Der Begriff „Hilfen zur Erziehung“ (§§ 27-35) „[...] bezeichnet eine Hilfeart, die ein breites Spektrum individueller pädagogischer und/oder therapeutischer Maßnahmen zusammenfasst.“ (Fegert/Schrappner 2004, 52). Art und Umfang der Hilfe richten sich nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall; dabei soll das engere soziale Umfeld des Kindes oder des Jugendlichen einbezogen werden (§ 27 Abs. 2 S.2 und 3 SGB VIII). Zu den typischen Formen der Hilfe zur Erziehung gehören ambulante Hilfeformen, wie Erziehungsberatung, soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistand, sozialpädagogische Familienhilfe aber auch teilstationäre Hilfeformen wie Erziehung in einer Tagesgruppe sowie vollstationäre Hilfen wie Vollzeitpflege, Heimerziehung oder sonstige betreute Wohnformen und intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung. In extremen Fällen ist das stationäre Umfeld notwendig. Das gilt, wenn Kinder und Jugendliche ihre Familie verlassen müssen um in einer Pflegefamilie, einem Heim oder einer Wohngruppe untergebracht zu werden (vgl. Schöne 2004, 31).

Eine stationäre Unterbringung ist ein langfristig angelegter Lebensort, an dem junge Menschen neue Erfahrungen sammeln können, durch die das eigene Bild und das der Welt korrigiert wird (vgl. Freigang 1989, 31).

Die Jugendhilfe versteht sich inzwischen also als eine sozialstaatliche Leistung, welche die Eltern bei der schwierigen Aufgabe der Kindererziehung aktiv unterstützt und jungen Menschen fördernd bei ihrem Weg ins Leben und in die Gesellschaft begleitet. Ihre Mittel sind im Grundsatz pädagogische Methoden der Beratung, Begleitung und Bildung. Ihre Funktionen sind neben der allgemeinen Versorgung und offenen Bildungsangeboten vor allem Unterstützung, Hilfe und Schutz. Seit dem 8. Jugendbericht der Bundesregierung von 1989 ist die Leitidee die „Lebensweltorientierung“. Für die Methodik und Konzeption Sozialer Arbeit bedeutet dies vor allem eine Orientierung an den Erfahrungen, Interpretationen und Ressourcen der Menschen, was eine bewusste Abkehr von programmatisch oder theoretisch abgeleiteten Vorgaben für das „richtige“ Leben beinhaltet. Professionelle Unterstützung orientiert sich also zuerst an den Kompetenzen und Ressourcen und weniger an den zum Alltag dazugehörigen Defiziten und Notlagen (vgl. Fegert/Schrapper 2004, 18 ff.).

3.4 Das System der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das System der modernen Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in einer mehr als 100-jährigen Entwicklungsgeschichte zu einem eigenständigen medizinischen Fachgebiet herangereift. Die wesentlichen Tätigkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bewegen sich im Bereich der Diagnostik, Krankenbehandlung und Psychotherapie. Diese werden hauptsächlich von den Krankenkassen finanziert (vgl. Fegert/Schrapper 2004, 19). Der geschichtliche Werdegang des Fachgebietes in Deutschland ist eng mit internationalen Entwicklungen verknüpft und hat sich aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen herausgebildet. Wichtige Grundlagen kommen von verschiedenen Zweigen der Sozial- und Rechtswissenschaft sowie von der Kinder- und Jugendhilfe. Historisch ist die KJP in der Erwachsenenpsychiatrie, Neurologie, Kinderheilkunde, Sonderpädagogik und klinischen Psychologie verwurzelt (vgl. Warnke/Lehmkuhl, 2003, 3).

Der Aufgabenbereich dieses Fachgebietes erstreckt sich von der Erkennung und Behandlung über die Prävention und Rehabilitation von seelischen Krankheiten und Störungen während akuter Krankheitsphasen und Krisen. Vorausgesetzt ist hierbei die Gefährdung der Entwicklungsprozesse des Kindes oder Jugendlichen (vgl. ZBFS 1990, vgl.

Warnke/Lehmkuhl 2003, 1). Dabei hat es die KJP mit verschiedenen Störungsbildern, wie z.B. Depressiven Störungen, Angststörungen, Selbstverletzendem Verhalten und Psychosen zu tun.

Zu den allgemeinen Aufgaben der KJP gehört demnach die vorbeugende Gesundheitspflege, die Diagnostik psychischer, psychosomatischer, entwicklungsbedingter und neurologischer Erkrankungen und Störungen von Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen und Familien sowie die Beratung, soziale Integration und Rehabilitation (vgl. Warnke/Lehmkuhl 2003, 1).

Das Ziel dieser Arbeit ist dabei weniger die Heilung oder die Erreichung von Symptommfreiheit, sondern vielmehr das Anregen von heilenden Prozessen (vgl. Libal/Fegert 2004, 228).

Finanziert werden die Leistungen des medizinischen Versorgungssystems überwiegend durch die Beiträge zu den gesetzlichen Krankenkassen auf Grundlage des SGB V (vgl. Späth 2004, 501).

Zu den organisatorischen Strukturen der KJP gehören ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen. Diese sind zuständig für die Gewährleistung von Krankenversorgung, Vertretung der Fachgebiete in Lehre und Forschung, gesundheitspolitische Verpflichtungen, gutachterlichen Funktionen, Öffentlichkeitsarbeit und die Interessenvertretung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und ihrer Angehörigen. Außerdem sind diese Aufgaben der KJP Teil des Gesundheitssystems und damit gleichzeitig eng verflochten mit Psychiatrie, Kinderheilkunde, Neurologie, Sonderpädagogik, der klinischen Psychologie und dem Versorgungssystem der Jugendhilfe (vgl. Warnke/Lehmkuhl 2003, 1).

Das ärztliche Handeln ist gewöhnlich von einem Denkmodell bestimmt, welches von einem Defizit oder einer Störung ausgeht. „Es will Leiden verhindern, abbauen oder zumindest lindern, Ursachen klären und 'heilen“ (Homfeldt/Gahleitner 2012, 19).

Diagnostische und therapeutische Ansätze gehen vom Verständnis einer multifaktoriellen Entstehung psychischer Störungen aus. Demzufolge muss auch die Behandlung multifaktoriell, also im Zusammenwirken mit dem Individuum, seiner Familie und seinem zeitgeschichtlichen Lebensumfeld geleistet werden (vgl. Warnke/Lehmkuhl 2003, 1). Aus diesem Grund arbeitet in psychiatrischen Kliniken stets ein multiprofessionelles Team unterschiedlicher Fachkräfte unter der Leitung eines/einer Kinder- und Jugendpsychiater_in zusammen. Zu den Fachkräften können Psycholog_innen, Kinder- und Jugendpsychotherapeut_innen, (Heil-/Sozial-) pädagog_innen, Sozialarbeiter_innen, Bewegungs-/Sprach-/Kunsttherapeut_innen und andere Therapeut_innen zählen. Der/die

Kinder- und Jugendpsychiater_in hat die Aufgabe, die diagnostischen Befunde und die therapeutischen Ergebnisse zu einem Gesamtbild zusammen zu führen. Da die KJP in der Entwicklungsphase junger Menschen wirksam sein möchte, ist eine Zusammenarbeit mit anderen Institutionen unumgänglich. Dazu gehören Institutionen im Bereich von Bildung (Kindergarten, Schule, Ausbildung), Jugendhilfe (Jugendamt, Heim, Wohngruppe, Pflegefamilie, Beratungsstelle, ambulante Erziehungshilfen), Sozialhilfe (Sozialamt) und Gesundheit (Gesundheitsamt, niedergelassene Ärzte, Kliniken) (vgl. Gintzel/Schone 1989, 24).

Bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen und Symptomen gilt es bei einer Behandlungsindikation immer abzuwägen, welche Rahmenbedingungen bzw. Settings am besten geeignet sind. Dafür müssen das Störungsbild, die aktuelle Situation des/des Patienten_in, sowie die angehörige Familie mit berücksichtigt werden. Zu den Settings zählen die ambulante Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater_innen, teilstationäre Einrichtungen in Form von Tageskliniken, stationäre Behandlungen sowie Behandlungen im häuslichen Milieu (Home treatment) (vgl. Lehmkuhl/Breuer 2013, 1358).

Wann immer weniger intensive Formen der Versorgung nicht ausreichend oder möglich sind, kommt es zu einer stationären Aufnahme. Gründe dafür sind z.B., wenn ein Kind oder Jugendlicher aufgrund seiner psychischen Symptomatik nicht im familiären Umfeld bleiben kann, Selbst- oder Fremdgefährdung³ vorliegt oder die Person durch Misshandlung oder Missbrauch selber gefährdet ist. In schweren psychischen Krisen ist häufig ein schnelles Handeln gefordert, wobei die Diagnose und die damit verbundene Vorhersage der Behandlungsdauer erst einmal nachrangig ist (vgl. Lehmkuhl/Breuer 2013, 1360 ff.).

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein angelegter Ort, an dem die Verarbeitung von Erfahrungen in anderen Lebensfeldern im Mittelpunkt steht. Ziel ist dabei nicht die Möglichkeit neuer Alltagserfahrungen, sondern eine Neuinterpretation bisheriger Erfahrungen. Dabei sollte möglichst eine Bezugsperson mit einbezogen sein. Dies soll die Belastung einer Rückkehr in ein Heim oder in die Familie bzw. in eine neue Institution reduzieren (vgl. Freigang 1989, 32).

„Die Konzepte stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung haben sich in den letzten Jahren zunehmend in Richtung kürzerer, intensiverer und begrenzter Interventionen bei einer zunehmend komplexen und schwer belasteten Klientel entwickelt.“ (Branik 2003, 512). Das erschwert das Einhalten von Prinzipien therapeutischer Gemeinschaften sowie die

³ Eine Selbstgefährdung liegt vor, wenn sich eine Person selbst und eigenverantwortlich in eine Gefahrensituation bringt. Bei einer Fremdgefährdung wird hingegen gesprochen, wenn die Gefährdungslage nicht für einen selbst ausgeht, sondern für eine dritte Person.

Gewährleistung eines gleichbleibenden Gruppenmilieus auf der Station erheblich. Eine kürzere Aufenthaltsdauer mit begrenzten Interventionen und verstärkt störungsorientierten Therapiezielen erhöhen den Versorgungsdruck für die Kliniken stark, besonders dann, wenn eine geeignete und angemessene Nachsorge nicht möglich ist. Schwerpunkte der stationären Arbeit sind Abklärung, Krisenintervention und Therapieeinleitung. Häufig sind weitergehende Entwicklungsperspektiven notwendig, welche langfristige Therapieprozesse erfordern. Der Erfolg muss jedoch durch Zeit- und Kostenvorgaben begrenzt bleiben. Für diese Situationen sind entsprechende Nachsorgeprogramme und -einrichtungen wichtig, die auch psychosozial stark beeinträchtigte Patienten auf lange Sicht unterstützen und begleiten (vgl. Lehmkuhl/Breuer 2013, 1361 ff.).

3.5 Die Relevanz einer Kooperation

„Jede Disziplin ist [...] eingebunden in ein Netzwerk von Bindungen und Beziehungen zu anderen Wissenschaftsbereichen, die beachtet und gepflegt werden müssen, denn die eigene Wissenschaft lebt von solchen Beziehungen im wechselseitigen Austausch.“ (Lempp, Reinhart 1989, 195)

Unter Kooperation wird nach Fegert und Schrapper (2004) meistens eine zielgerichtete Koordination von Arbeitsabläufen und eine institutionsübergreifende Abstimmung verstanden. Dies soll ein reibungsloses Zusammenspiel der Beteiligten ermöglichen. Allerdings bedeutet Kooperation auch wechselseitige Kontrolle und Bewertung. Denn ohne die professionelle Annahme der Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit der anderen Fachdisziplin, kann keine Kooperation funktionieren (vgl. Fegert/Schrapper 2004, 17 ff.).

Nachdem das System der Kinder- und Jugendhilfe und das der Kinder- und Jugendpsychiatrie genauer vorgestellt wurden, werden im Folgenden die Notwendigkeit einer interdisziplinären Kooperation, die gemeinsame Schnittstelle und die Unterschiede der beiden Systeme ermittelt. Ebenfalls herausgearbeitet werden die Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation und die damit verbundenen Hindernisse.

Bei einem zunehmenden psychischen Leiden in der Bevölkerung erkranken auch Kinder- und Jugendliche immer häufiger an psychischen Störungen. Dies wird immer wieder durch nationale und internationale Studien und z.B. durch das Statistische Bundesamt⁴ belegt.

⁴ Das Statistische Bundesamt (Destatis) stellt regelmäßig statistische Informationen über Deutschland zur Verfügung.

Vermutlich wird diese Problematik auch in Zukunft weiter zunehmen. Beck (2010) führt dafür mögliche Gründe auf:

1. Epidemiologischen Untersuchungen zur Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter zufolge ist die Anzahl stationärer Behandlungsfälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie steigend.

Die bereits erwähnte BELLA-Studie ermittelte, dass 21,9% aller Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigen (vgl. BELLA-Studie 2007).

Bei der Betrachtung des demografischen Wandels, und des Rückgangs des Anteils der unter 20-Jährigen an der Gesamtbevölkerung um 10% (2000 bis 2008) stieg die Zahl der stationären Behandlungsfälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im gleichen Zeitraum um 37% (vgl. BVkE 2010, 1). Damit steigt ebenso die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die nach einer Behandlung in der KJP in einer Einrichtung der KJH weiter versorgt werden. Die Ulmer Heimkinderstudie (vgl. Nützel et al. 2005) untersuchte knapp 700 Kinder und Jugendliche aus 20 südwestdeutschen Jugendhilfeeinrichtungen und kam zu dem Ergebnis, dass über die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen in den stationären Einrichtungen mindestens eine definierte psychische Störung nach der internationalen Klassifikation (ICD-10) aufwiesen. Damit ist nicht nur der Bedarf kinder- und jugendpsychiatrischer Fachkompetenz in den Einrichtungen der Jugendhilfe belegt, sondern auch der hohe Bedarf von Einrichtungen im Anschluss an die psychiatrische Behandlung. So zeigt eine Analyse in der kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik Würzburg, dass bei knapp 50% aller Patienten eine Jugendhilfemaßnahme, meist in stationärer Form, direkt im Anschluss an die Behandlung stattfand. Bei einem Viertel aller Patienten wurde diese Maßnahme direkt in die Wege geleitet (vgl. Beck 2010).

2. Familiäre Ressourcen für diese Risikogruppe brechen zunehmend weg. Das bedeutet, dass die familiären Rahmenbedingungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen möglicherweise keine ausreichende Stütze darstellen. Somit kann eine gesunde Entwicklung nicht gewährleistet werden. Dies könnte mit möglichen psychischen Erkrankungen der Eltern in Zusammenhang stehen (vgl. Beck 2010).

3. Seit dem Inkrafttreten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes und dem damit verbundenen Ausbau der ambulanten, mobilen, flexiblen Hilfen, hat es innerhalb der Leistungen nach § 27ff. SGB VIII außerdem eine Veränderung ergeben. Die Fallzahlen der

erzieherischen Hilfe haben sich beinahe verdoppelt. Allerdings ist diese Entwicklung hauptsächlich in den ambulanten und teilstationären Bereichen zu erkennen. Der Anteil der familienersetzenden Hilfen hingegen hat sich in dem gleichen Zeitraum verringert (von 39 % auf 19 %), was wiederum eine Erhöhung der Multiproblemfälle in der stationären Hilfe impliziert. Dies zeigt einen erhöhten Bedarf an qualifizierten Rehabilitationsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendhilfe sowie an kooperativen Behandlungs- und Betreuungsmodellen zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den stationären/teilstationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe auf (vgl. BVkE 2010, 1).

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Es ist davon auszugehen, dass der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen wächst, und damit – trotz rückläufiger demografischer Entwicklung in dieser Altersgruppe - der gemeinsame Versorgungs- und Behandlungsauftrag an die KJH und die KJP (vgl. Beck 2010).

3.6 Gemeinsame Schnittstellen

Es ist deutlich geworden, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie große Teile ihrer Klientel ohne begleitende oder anschließende Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen nicht fachgerecht versorgen. Umgekehrt kann vielen Kindern und Jugendlichen in der Jugendhilfe ohne kinder- und jugendpsychiatrische Unterstützung nicht effektiv geholfen werden. Die Kooperationsbedürftigkeit liegt deshalb auf beiden Seiten und erfordert zwingend eine engere Zusammenarbeit beider Systeme. Zwar wird diese Kooperation bereits in unterschiedlichen Formen umgesetzt, allerdings verweisen derzeit noch scheiternde Verläufe mit Serien von Abbrüchen und Weitervermittlungen die Systeme in ihre Grenzen (vgl. BVkE 2009, 1; vgl. Fegert/Schrappner 2004, 5).

KJH und KJP kooperieren zum einen, wenn Probleme von jungen Menschen einen Krankheitswert erlangen bzw. fachärztlich behandlungsbedürftig sind und zum anderen, wenn Kinder und Jugendliche aus einer psychiatrischen Krankenbehandlung heraus weitere sozialpädagogische Hilfe und Unterstützung benötigen (vgl. Fegert 2004, 31).

„Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigen sich beide mit Kindern, Jugendlichen und Familien in schwierigen Lebenslagen, die sie befähigen wollen, ihr Leben (wieder) selbstständig und möglichst ohne professionelle Unterstützung in den Griff zu bekommen. Die dafür zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Methoden sind aufgrund

der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Disziplinen – zur Pädagogik bzw. zur Medizin – verschieden, können sich aber auch gut ergänzen.“ (Darius/Hellwig 2004, 509)

Beide Systeme verfolgen die Absicht, „Grenzfällen“ Hilfen zu bieten, so dass ein gesundes Wachstum möglich wird. Dies soll, soweit es geht, durch grundlegende Sicherheiten und Orientierungen hergestellt werden (vgl. Fegert/Schrapper 2004, 21).

Des Weiteren verbindet beide Disziplinen die Erfahrung, ohnmächtig zu sein angesichts der hilfebedürftigen Menschen und der krankmachenden und positive Entwicklung verhindernden Lebensumstände. Die Unterstützung des jeweils anderen Arbeitsfeldes wird meistens dann verlangt, wenn die eigenen Möglichkeiten erschöpft sind (vgl. ebd. 20 f.).

Die KJH fordert beispielsweise Unterstützung der anderen Seite, wenn es um den Umgang mit den „immer schwieriger“ werdenden Kindern und Jugendlichen geht und wenn die starke Belastung und der hohe Druck in Krisensituationen zur Hilflosigkeit der Hilfesysteme und der Mitarbeiter_innen führt. Häufig wird an dieser Stelle eine sofortige Unterbringung in der Psychiatrie gefordert. In erster Linie geht es dabei um Schutz und Entlastung aller Beteiligten, erst danach um Clearing⁵, Diagnosestellung und eine möglichst schnelle und zuverlässige Krisenintervention (vgl. Fegert/Schrapper 2004, 21).

Die KJP hingegen fordert Unterstützung in Form von Angeboten der KJH, wenn die Kinder- und Jugendlichen nach dem stationären Aufenthalt nicht mehr in ihr altes Zuhause zurückkehren können oder die Familie zusätzliche Unterstützung außerhalb des kinder- und jugendpsychiatrischen Bereiches benötigt (vgl. ebd. 21).

Ein wesentlicher und immer wiederkehrender Hauptstreitpunkt der Diskussionen ist die Frage nach der Zuständigkeit der beiden Fachdisziplinen, wenn es um die Bearbeitung besonders schwerer Krisen von Kindern und Jugendlichen geht. Wo sich eine alleinige Zuständigkeit von KJH oder KJP nicht begründen lässt, besteht eine Notwendigkeit zur Kooperation. Mit der Klärung der Zuständigkeit geht wiederum das Problem der Abgrenzung zum jeweils anderen System einher (vgl. Fegert/Schrapper 2004, 17; vgl. Schone 1991, 9).

Die Frage nach der Zuständigkeit stellt sich in Krisensituationen z.B. in der Heimerziehung oder in der Familie. In solchen Krisensituationen werden Kinder und Jugendliche Einrichtungen der KJH und KJP vorgestellt, wo sie eventuell untergebracht oder von einem System ins andere weitergeleitet werden. Hinzu kommen die sogenannten „Grenzfälle“. Das sind Kinder und Jugendliche, die teilweise in stationären Unterbringungen der Jugendhilfe leben und als besonders schwierig gelten. Bei ihnen werden häufig neben erzieherischen

⁵ Clearing ist eine kurzfristige, sozialpädagogische bzw. therapeutische Intervention, die der kurzfristigen Klärung und Stabilisierung familiärer Lebenslagen und der Abstimmung über einen möglicherweise nötigen weiterführenden Unterstützungsbedarf dient.

Problemen auch psychische Ursachen für das Verhalten vermutet. Allerdings bedeuten Krisen und Kriseninterventionen für die Systeme etwas völlig unterschiedliches. In der KJP gehören Krisen klar zum Alltag, Krisenbewältigung ist selbstverständlicher Teil ihres Aufgabenbereichs. Auch ist den Mitarbeiter_innen keine Möglichkeit gegeben diese Fälle an andere Institutionen weiterzuleiten oder „abzugeben“. In der KJH gibt es hingegen keine klare Definition oder einheitliche Vorstellung von einer Krise. Dort erscheint sie eher als die Ausnahme einer stark belastenden und verunsichernden Grenzsituation. Krisen werden eher als Folge einer nicht erfolgreichen oder zeitnahen Vermittlung in die „richtige“ Hilfe gesehen. In der KJH konfrontiert eine Krisensituation die tätigen Sozialarbeiter_innen häufig mit Überforderung. Dieses deutlich unterschiedliche Krisenverständnis ist immer wieder Anlass für wechselseitiges Missverstehen und enttäuschte Erwartung (vgl. Fegert/Schrapper 2004, 17/20).

Während die KJH eine schnelle und „heilende“ Intervention erwartet, so erwartet die KJP im Entlassungsfall ein übergangsloses, geeignetes Angebot durch die KJH. Beide Systeme haben also hohe Erwartungen aneinander. Fegert und Schrapper (2004) halten die Erwartungen der Systeme aneinander für deutlich unrealistisch und überzogen (vgl. Fegert/Schrapper 2004, 21).

Das Kinder- und Jugendhilfesystem und das Gesundheitssystem müssen also ihren Auftrag als gemeinsame Aufgabe in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen klar definieren. Damit die interdisziplinäre Kooperation mit ihren unterschiedlichen Beteiligten jedoch gelingen kann, müssen verschiedene Voraussetzungen gegeben sein.

3.7 Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation

Die Grundvoraussetzung für eine Kooperation ist ein gemeinsamer „Gegenstand“ und zumindest teilweise übereinstimmende Ziele. Um die Abgrenzungsschwierigkeiten dieser Gemeinsamkeiten wiederum zu reduzieren, ist es notwendig die Grenzen des institutionellen und professionellen Handelns der eigenen sowie der anderen Seite zu kennen. Dafür muss jedes System für sich die eigene professionelle Identität und das professionelle Selbstverständnis geklärt haben (vgl. Darius/Hellwig 2004, 510). Die eigenen Möglichkeiten und Grenzen müssen bewusst und in Übereinstimmung mit den eigenen Erwartungen und Vorerfahrungen gebracht sein (vgl. Fegert 2012, 226). Konkret bedeutet dies die Klärung des eigenen Selbstverständnisses, der jeweils eigenen Handlungsaufträge und der

Handlungsmöglichkeiten, „[...] denn nur wer weiß, was er will und was er kann, kann sich auch mit anderen auf einen zielgerichteten Austausch über gemeinsame Ziele und auf abgestimmte Handlungen einlassen“ (Fegert/Schrappner 2004, 18).

Kooperation ist immer auf Austausch, Verständigung und Dialog angewiesen. Das bedeutet, dass keiner der Beteiligten auf der eigenen Position und Kompetenz beharren darf. In anderen Worten muss eine gewisse Konfliktbereitschaft vorhanden sein, um die unterschiedlichen Positionen gegenüberzustellen und gemeinsame, tragfähige Kompromisse zu schließen (vgl. ebd., 18).

Außerdem haben persönliche Haltungen und Einstellungen wie z.B. Bereitschaft zur Offenheit und Ehrlichkeit, Transparenz und Partnerschaftlichkeit eine wichtige Bedeutung für eine gelingende Kooperation. Zentrale Aspekte der Struktur und Handlungsweisen der Kooperationspartner müssen offen gelegt werden, was die eigenen institutionellen und persönlichen Interessen bezüglich der Kooperation mit einschließt (vgl. Bergold/Filsinger 1993, 66).

Da sich die beteiligten Kooperationspartner jeweils einen Nutzen aus der Zusammenarbeit versprechen, ist der Erfolg davon abhängig, inwieweit eine Gewinnsituation für beide Seiten hergestellt werden kann (vgl. Langnickel 1997, 18). Dafür sollte das Ziel der Kooperation und der Auftrag an die Beteiligten klar und offen formuliert werden. Damit eine Kooperation zwischen zwei Parteien gelingen kann, sind strukturelle Rahmenbedingungen und zuverlässige Vorgehensweisen Voraussetzung. Dazu können klare Zuständigkeiten und Ansprechpartner sowie Verlässlichkeit und Verbindlichkeit auf beiden Seiten gehören (vgl. Darius/Hellwig 2004, 510).

Damit Konkurrenzgedanken und Abgrenzungsbemühungen die Zusammenarbeit nicht behindern, ist eine weitere Voraussetzung für gelingende Kooperation die Gleichberechtigung der Kooperationspartner. Beide Seiten müssen sich als strukturell gleichberechtigte Partner verstehen und erleben. Dabei darf sich keiner dem andern über- oder unterlegen fühlen, sondern man muss die jeweils unterschiedlichen Kompetenzen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen gegenseitig anerkennen (vgl. Darius/Hellwig/Schrappner 2001, zit. n. Darius/Hellwig 2004, 511). (Hinweis auf Leitfaden a-f Ergebnisse einer Untersuchung in Rheinland-Pfalz)?

3.8 Ermittlung von Problemfeldern

Um unnötige Einrichtungswechsel zu vermeiden, kann interdisziplinäre Kooperation schon im Vorfeld helfen. Aus der Praxis weiß man, dass zwei komplexe und unterschiedliche Systeme, beim Aufeinandertreffen in der Zusammenarbeit häufig Problemen bekommen (vgl. Darius/Hellwig 2004, 505). Durch divergierende Denkmuster und Handlungsrationalitäten der Fachkräfte beider Fachdisziplinen wird die Kooperation in ihrer Gesamtheit erschwert. Nicht nur die Besonderheiten des Einzelfalles, sondern die Unterschiedlichkeit der Systeme und Disziplinen bergen Konfliktpotenzial (vgl. Schone 1991, 14). Für ein besseres Problemverständnis sollen im Folgenden einige Problemfelder und Aspekte benannt werden, die zu Schwierigkeiten in der Schnittstellenarbeit führen können.

Ursachen für Hindernisse in der Kooperation können z.B. unterschiedliche Menschenbilder und Grundorientierungen innerhalb der Systeme sein. Der immanente Blickwinkel der Fachbereiche auf das Verhalten der Kinder und Jugendliche gliedert sich in zwei Bereiche. Aus Sicht der Kinder- und Jugendhilfe gelten die Klient_innen als erziehungsbedürftig, die Kinder- und Jugendpsychiatrie betrachtet die Patient_innen als krank (vgl. Ramb/Colla 2012, 195, vgl. Gintzel. 1989, 13 f., vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, 123). Im defizitorientierten, psychiatrischen Krankheits- und Störungsmodell liegt der Fokus ganz auf der Krankheit des Patienten, was wiederum auf Seiten der Sozialen Arbeit Skepsis hervorruft (Ramb/Colla 2012, 195). So wirft die KJH der KJP die stete Überbetonung des medizinischen Krankheitsmodelles vor, womit ihrer Definition nach nicht Lebenswelt- und Ressourcenorientiert gearbeitet wird, da sich ausnahmslos auf die Defizite konzentriert wird (vgl. Büttner 2008, 704). In der klinischen Medizin geht man vom Paradigma der diagnostischen Zuordnung aus, innerhalb dessen sich Störungen und Defizite in einem Syndrom oder einer Diagnose niederschlagen, woraus die Psycholog_innen und Ärzt_innen dann die geeigneten Behandlungsmaßnahmen zur Veränderung der vorliegenden Probleme ableiten. Auf Seiten der KJH hingegen besteht mangelhafte Kenntnis über kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbilder, wie z.B. Autismus, Psychosen, Zwangsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen und die daraus resultierende klinische Hilfeform. Für die medizinische Behandlung ist die Festlegung einer Diagnose unabdingbar. Diese wird jedoch von den Mitarbeiter_innen der KJH häufig als nicht sinnvoll oder nicht für die Entwicklung förderlich empfunden (vgl. Fegert et al. 2013, 1411). Die Psychopharmakotherapie wurde und wird im Rahmen sozialpädagogischer Theorien radikal abgelehnt und dem Schuldkonto der KJP zugerechnet. Die gutachterliche Tätigkeit der KJP als Entscheidungshilfe für Kinder- und

Jugendhilfemaßnahmen wird seitens der KJH als banal und trivial abgewertet (vgl. Büttner 2008, 704 f.).

Auf Seiten der Sozialarbeiter_innen wird stärker nach Ressourcen und individuellen Stärken gesucht, auf denen etwaige Fördermaßnahmen aufsetzen sollten. Ausgegangen wird dabei von einem Störungskonzept, das psychosoziale Umwelteinflüsse betont (vgl. Fegert et al. 2013, 1411). Dieses geht vom individuellen Hilfebedarf aus und wird mittels der sozialpädagogischen Diagnostik aus dem Lebensumfeld der Patient_innen eruiert, und der davon ausgehende Hilfebedarf wird individuell definiert. Die stark systemtheoretische Orientierung der Sozialen Arbeit führt auf Seiten der kooperierenden Ärzt_innen und deren Kolleg_innen zu Irritationen (vgl. Kölch/Allroggen/Fegert 2011, 321 f.).

Als weiterer Stolperstein in der Kooperation kann sich auch der teilweise unterschiedliche (Fach-) Sprachgebrauch darstellen. Im Gegensatz zur KJH, die über kein klares Fachsprachsystem verfügt, bedient sich die KJP einer logisch aufgebauten und eindeutigen Terminologie, die in ihrer Struktur an die Medizin und somit auch an nationale und internationale Klassifikationssysteme angelehnt ist. Dieser Zustand führt zu Unklarheiten und Uneindeutigkeit der verwendeten Begriffe bei der KJH und KJP, die wiederum zu Verständigungsproblemen zwischen den Fachkräften führen. Abschließend lässt sich sagen, dass die gegenseitige Begriffskenntnis der Kooperationspartner_innen häufig zu gering ist (vgl. Gintzel 1989, 15).

Gesellschaftliche Machtprozesse spielen sich in Hierarchie und Status der Systeme wieder und bilden einen weiteren Aspekt, der eine Zusammenarbeit erschweren kann. Die jeweils spezifischen Ausbildungen der Berufsgruppen führen zu unterschiedlichen Positionen und Gestaltungsmöglichkeiten. Die universitäre Ausbildung der Ärzt_innen führt bei mehr Verantwortung zu einem höheren Status und größerer gesellschaftlicher Anerkennung und so final zu einer höheren Positionierung innerhalb der gesellschaftlichen Hierarchie (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2010, 122, vgl. Gintzel 1989, 15 f.). Dieser Trend setzt sich in der KJP fort, wo die KJH stets der Dominanz des medizinischen Bereiches untergeordnet ist, wobei zu erwähnen ist, dass der Klinikalltag sowohl qualitativ als auch quantitativ zum größten Teil von pädagogisch ausgebildeten Akteur_innen bestimmt wird (vgl. Büttner 2008, 704). Diese Dominanz einzelner Kooperationsmitgliedern kann dazu führen, dass sich die Soziale Fachkraft in ihren Interessen nicht ernst genommen fühlt und sich zurückzieht. Möglicherweise wird sie daraufhin nur noch mangelhaft in die Zusammenarbeit eingebunden. Mitarbeiter_innen, die ohne eigene Motivation, Entscheidung und Einsicht an den Kooperationsprozessen beteiligt werden, besitzen in der Regel nicht die zusätzlichen

Ressourcen, um die auftretenden „Durststrecken“ des Prozesses zu überbrücken und gefährden so im Kern den Bestand der Kooperation (vgl. Jungmann 2004, 572).

Positive oder negative Definitionen der eigenen Arbeitsweise bedingen die unterschiedlichen Funktionen der Systeme. So werten die Fachkräfte der KJH die persönliche Eskalation eines Kindes oder Jugendlichen innerhalb ihrer Einrichtung immer auch als eigenen und somit auch persönlichen Misserfolg. Gefühle der Resignation und Hilflosigkeit steigen exponentiell, je anspruchsvoller die Hilfeerfordernisse erscheinen.

Das Gefühl, der übertragenen Verantwortung nicht gerecht werden zu können, führt zu dem häufig angewandten „Lösungsversuch“, den Handlungsdruck zu reduzieren, indem die Verantwortlichkeit auf die nächste Instanz delegiert wird, also auf andere Helfer_innen. Das daraus resultierende Dilemma der nächsten Fachkraft ist, es möglicherweise besser zu machen, (was zu weiteren fachlichen Kränkungsgefühlen beim Vorgänger führt) oder eben auch zu scheitern. Die Überweisung an die KJP kann zu Rechtfertigungsmechanismen und Schamgefühlen führen. Institutionelle Mängel werden beschrieben und es findet eine Überbetonung der „Schwierigkeiten“ der Jugendlichen statt. Bei der Überweisung an die KJH wird hingegen von der Klinik ein klares Behandlungsziel definiert, welches in der Jugendhilfeeinrichtung umgesetzt werden soll (vgl. Jungmann 2004, 574; vgl. Gintzel 1989, 17).

Die ungenügend reflektierten Vorurteile gegenüber dem vermeintlichen Selbstverständnis der jeweils anderen Fachdisziplin erheben den gegenseitigen Verdacht, dass komplexe Bedeutungszusammenhänge nicht hinreichend berücksichtigt werden und sind deshalb ohne intensiven fachlichen Austausch nicht aufzulösen. (vgl. Jungmann 2004, 572).

Überhöhte Erwartungen an die andere Profession, aber auch Schwierigkeiten in der Definition der eigenen Kernkompetenzen sind wichtige Barrieren, die es zu überwinden gilt (vgl. Fegert/Besier 2008, 58). Ein gemeinsames und wechselseitiges Verständnis für die Anforderung an die Unterstützung, Begleitung, Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einem besonderen Hilfebedarf gilt bis heute als nahezu unmöglich, da auch die Möglichkeiten und Kernkompetenzen der jeweils anderen Versorgungsbereiche nicht ausreichend einbezogen werden (vgl. Späth 2004, 499 ff.). Die tatsächlich nötige wechselseitige Einbeziehung führt aufgrund von Aufgabenüberschneidungen zu einer Unklarheit in Handlungsauftrag und Abläufen. Erschwerend kommt der Mangel an interdisziplinären Konzepten hinzu. Diese Lücke stellt beide Systeme vor eine wechselseitige Überforderung. Es wird jeweils von der anderen Disziplin erwartet, diese Lücke zu schließen, wenn man selber an seine Grenzen stößt (vgl. Schone 2008, 150 f).

Mangelhafte Kenntnis der Handlungs- und Entscheidungsstrukturen des jeweils anderen Fachgebietes behindern kooperative Entscheidungsprozesse. Zuständigkeit und Entscheidungsgrundlagen sind der anderen Fachdisziplin nicht hinreichend bekannt. Gerade bei unterschiedlichen Einschätzungen birgt dies die Gefahr einer wechselseitigen Misstrauenshaltung. Es kommt zu Irritationen und falschen Kompetenzzuschreibungen (vgl. Jungmann 2004, 573).

Da die Arbeits- und Zeitbudgets keine Ressourcen zur Vernetzung einplanen, fällt es schwer den Vernetzungsauftrag zu erfüllen. Ohne zeitliche und finanzielle Ressourcen kann die propagierte Kooperation jedoch nicht realisiert werden. Zum Teil wird in solchen Fällen aus persönlichem Engagement eine Zeit lang hervorragend zusammen gearbeitet. Ein Wechsel in der personellen Konstellation innerhalb einer Kooperationsgruppe, der zu temporärer Überlastung von nur einem oder zwei Teilnehmern führt, kann die Kooperation sehr schnell in sich zusammenbrechen lassen (vgl. Fegert/Besier 2008, 58; vgl. Gahleitner/Homfeldt/Fegert 2012, 252)

Die hier aufeinandertreffenden Systeme sind komplex und unterschiedlich in ihrer Geschichte, Organisationsform, Denk- und Handlungsstruktur. Trotz allem weisen sie jedoch Gemeinsamkeiten auf. Die daraus resultierenden Probleme sind evident. Die Einhaltung bestimmter Voraussetzungen ist somit die Basis für eine gelingende Zusammenarbeit.

Abschließend lässt sich sagen, dass eine zielgerichtete und erfolgreiche Kooperation ohne Anerkennung und Akzeptanz der Eigenarten des anderen Systems kaum möglich ist. Bereitschaft und „respektvoller Dialog“ sind die Grundvoraussetzung für kooperative Prozesse.

Als förderlich erweisen sich alle Maßnahmen, die den Austausch zwischen KJH und KJP suchen und so zum gegenseitigen Verständnis beitragen. Gemeinsame Arbeitskreise, Tagungen, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie eine gegenseitige und frühzeitige Einbindung in den Behandlungsplan können die Kooperation auf lange Sicht voranbringen. Eine fundierte Kenntnis der theoretischen Denkweisen, der praktischen Arbeitskonzepte und zentralen Begriffe schaffen die Basis einer solchen konkreten Zusammenarbeit nicht nur im Einzelfall (vgl. Fegert/Schrappner 2004, 24).

Dieser Thematik hat sich das im Folgenden beschriebene Forschungsprojekt angenommen und es soll einen Einblick in die Praxis gewähren.

4 Erfahrungen aus der Praxis, eine empirische Untersuchung

Thematisch befasst sich die Arbeit mit der Theorie des professionellen Selbstverständnisses sowie der Kooperation zwischen der KJH und KJP. Um den Praxisbezug herzustellen, wird ein Blick auf das internationale, von der EU finanzierte Forschungsprojekt RESME geworfen, welches sich im Kern dieser Aufgabenstellung. Die in diesem Rahmen geführten Interviews sollen einen unverstellten Blick auf die Realität des Berufsalltages der Sozialarbeiter_innen innerhalb der Schnittstellenarbeit gewähren. Aufgrund der Stichprobengröße sind sie als nicht repräsentativ zu betrachten. Zu Beginn wird das EU-Forschungsprojekt RESME und danach die Auswahl der Methode vorgestellt. Im Anschluss wird die theoriegeleitete Begründung der Fragestellung des Leitfadens, die daraus resultierenden Aspekte sowie die Interviewteilnehmer_innen vorgestellt und erläutert. Final erfolgen die Auswertung der Interviews, die Zusammenfassung der Kernaussagen der Befragten sowie deren Interpretationen. Die Transkripte der Interviews sind dem Anhang zu entnehmen.

4.1 Das EU-Forschungsprojekt RESME

„RESME beschäftigt sich mit einer wichtigen, interdisziplinären Fragestellung von hoher gesellschaftlicher Relevanz.“ (RESME, 2014)

RESME („On the borders between Residential Child Care and Mental Health Treatment“) ist eine internationale Studie in sechs EU-Staaten (Finnland, Dänemark, Spanien, Schottland, Litauen und Deutschland). Inhalt der Studie ist die interdisziplinäre Kooperation des Gesundheits- und Jugendhilfesystems. Der Fokus liegt insbesondere auf der Schnittstellenarbeit zwischen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sowie der stationären Erziehungshilfe. Das erklärte Ziel des Projektes besteht darin, die Zusammenarbeit und ihre Hintergründe besser zu verstehen und so die Kooperation insgesamt für alle Kooperationspartnern zu optimieren. Letztendlich soll damit die psychische Gesundheit derjenigen Kinder und Jugendlichen, die in verschiedenen Formen des betreuten Wohnens aufwachsen, insgesamt gefördert und gestärkt werden (vgl. RESME 2014).

Um an Praxisinformationen aus erster Hand zu gelangen, wurden Interviews an der Schnittstelle zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie geführt. In diesen umfangreichen und qualitativen Gesprächen wurde auf die Erfahrungen der Praktiker aus beiden Disziplinen zurückgegriffen. Dabei wurden Reibungspunkte und Möglichkeiten der Kooperation thematisiert. Die Ergebnisse der Befragung fließen direkt in

die Entwicklung des Weiterbildungscurriculums mit ein und sollen somit für eine Verbesserung der Schnittstellenarbeit sorgen (vgl. Groen/Jörns-Presentati 2014, 151 f.).

Bei der Befragung wurde ein besonderes Augenmerk auf die professionellen Erfahrungen und Einschätzungen zur interdisziplinären Kooperation von KJH und KJP gelegt. Hierzu wurden Fachkräfte aus beiden Feldern zu folgenden Schwerpunkten befragt:

- Erlebte Hindernisse und Schwierigkeiten in der Kooperation
- Beispiele gelungener Kooperation und Gelingensbedingungen und
- gegenseitige Erwartungen, Wünsche und Veränderungsbedarf (vgl. ebd., 153 f.)

4.2 Methodische Grundlagen

Um aus der Praxis einen direkten Einblick in die interdisziplinäre Schnittstellenarbeit der KJH und KJP zu erhalten, wurde in der Durchführung der Interviewstudie der Ansatz der qualitativen Sozialforschung gewählt, da sich die Thematik weniger für eine stark standardisierte als viel mehr für eine offen gestaltete Methode eignet.

Die qualitative Forschung hat den Anspruch, die Lebenswelten der handelnden Menschen so natürlich wie möglich zu beschreiben und so zu einem besseren Verständnis ihrer sozialen Wirklichkeit beizutragen. Handlungsformen, Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale werden so in ihrer sozialen Reproduktion erkannt und zugänglich gemacht (vgl. Flick/Von Kardorff/Steinke 2000, 14/106).

Die leitfadengestützten Experten-Interviews fungieren hierbei als methodische Erhebungsgrundlage. Sie wurden aufgenommen, transkribiert und kriteriengeleitet ausgewertet. Ihre Dauer beträgt jeweils 40 bis 80 Minuten. Zur Strukturierung dienten die Leitfragen, deren Ziel es war, ohne Rücksicht auf die Chronologie offene, freie und narrative Antworten hervorzubringen (vgl. Groen/Jörns-Presentati 2014, 154). Die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer konnten in eigenen Worten die Definition ihrer Wirklichkeit, Handlungs- und Deutungsmuster in der Praxis wiedergeben. Die Durchführenden der Studie hatten wiederum die Option, direkt auf diese Antworten zu reagieren. Da es hierbei auch zum großen Teil um persönliche Erfahrungen, Erwartungen und Wünsche geht, ist die Bedeutung dieses Faktors besonders relevant (vgl. Lamnek 2010, 306). Im Gegensatz zu standardisierten Interviews oder Fragebögen eignet sich das leitfadengestützte Interview in seiner offenen Gestaltung der Interviewsituation besser dazu, die inneren Einstellungen und Sichtweisen des Subjekts zu erfahren (vgl. Flick 2010, 194).

Ohne vorherige Limitation, bietet es die Möglichkeit an die verschiedenen Facetten professioneller Expertise und persönlicher Erfahrung zu gelangen und empfiehlt sich deshalb besonders bei explorativen und komplexen Fragestellungen, wie sie dieser Studie zugrunde liegen (vgl. Lamnek 2010, 316-320).

Die Fragen des Interviewleitfadens setzen sich zusammen aus persönlichen Angaben, Beruf/Profession, Fähigkeiten und Fertigkeiten für interdisziplinäre Kooperation, organisatorischen und administrativen Aspekten, persönlichen Perspektiven und Erfahrungen, Perspektiven der Kinder/Jugendlichen und ihren Familien (vgl. Groen/Jörns-Presentati 2014, 154).

Vorstellung der Interviewpartner_innen

In Deutschland wurden im Rahmen der RESME – Studie in 2013 insgesamt 19 Fachkräfte befragt. Diese kamen aus Hamburg und Umgebung und waren in verschiedenen Einrichtungen der KJH und KJP tätig (fünf Kliniken für KJP, vier Einrichtungen bzw. Träger der stationären KJH und drei behördliche Einrichtungen, darunter der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst, der jugendpsychologische/-psychiatrische Dienst und der Kinder-/Jugendnotdienst) (vgl. Groen/Jörns-Presentati 2014, 154). Die Gesamtzahl der Interviews beläuft sich auf 15, da einige Befragungen mit mehreren Teilnehmenden simultan stattfanden. Der Großteil der Befragten bestand aus langjährig berufstätigen, sehr erfahrenen Praktikerinnen und Praktikern in leitender Stellung. Insgesamt waren 9 männliche und 10 weibliche Personen beteiligt. Darunter fielen:

- 10 Sozialpädagoginnen und Soziapädagogen bzw. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter (viele mit Weiterbildung in Therapie und Beratung, vier in leitender Stellung),
- ein/e ErzieherIn sowie ein/e als ErzieherIn bzw. PädagogIn angestellte/r LehrerIn
- fünf FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (darunter drei ChefärztInnen und ein/e leitende/r OberärztIn, zwei davon zusätzlich PsychologInnen, ein/e AbteilungsleiterIn, zwei zusätzlich PsychologInnen)
- zwei PsychologInnen, eine/r davon gleichzeitig PsychotherapeutIn und leitende/r Angestellte/r (vgl. Groen/Jörns-Presentati 2014, 154)

In Anbetracht des Themas der hier vorliegenden Arbeit, zum professionellen Selbstverständnis von Sozialarbeiter_innen, werden nur die Interviews der Sozialarbeiter_innen bzw. Pädagog_innen berücksichtigt. Es handelt sich hierbei um 9

Interviews. Die Tätigkeitsfelder der Interviewpartner_innen erstrecken sich über die oben genannten Bereiche.

4.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden einige zentrale Ergebnisse der Interviewbefragung in einem ersten Überblick in Form von Kernaussagen schematisch zusammengefasst. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach den Prinzipien der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2010, 48 ff.; vgl. Mayring 2002, 114 ff.). Die Interviewergebnisse wurden demnach generalisiert, reduziert und in Kategorien zusammengefasst. Durch die generalistische Reduzierung und deren kategorisierte Zusammenfassung wird das Ziel erreicht, die wesentlichen und thematisch bedeutsamen Informationen herauszuarbeiten (vgl. Mayring 2002, 115). In der weiteren Darstellung werden Zitate zur exemplarischen Veranschaulichung genutzt.

Die Interviewpartner_innen wurden befragt zu ihrem Beruf und Profession, den Fähigkeiten und Fertigkeiten, die ihrer Meinung nach für eine gelingende Kooperation unabdingbar sind und zu ihrer persönlichen Perspektive in Korrelation mit dem professionellen Selbstverständnis innerhalb der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Diese Aspekte lassen sich in diesem Zusammenhang in folgende Kategorien einteilen:

- Wahrnehmung der eigenen beruflichen Identität
- Voraussetzungen und Hindernisse für eine gelingende Kooperation
- positive bzw. negative Kooperationserfahrungen (Good/Bad Practice)
- Wünsche und Erwartungen

4.4 Wahrnehmung der eigenen beruflichen Identität

Das Berufsbild der befragten Sozialarbeiter_innen wird im Kanon als sehr komplex wahrgenommen. Vermisst wird zum Teil ein klar differenziertes Arbeitsumfeld wie es in anderen, z.B. therapeutischen Professionen, an der Tagesordnung ist. Im Vergleich zu anderen Professionen schildern die Befragten eine niedrigere Hemmschwelle vom Übergang des Berufes in das Private, wie es z.B. in Wohngruppen der Fall sein könne. Dennoch sei es der berufliche Anspruch innerhalb der Haltung stets professionell zu bleiben, wenn mit den Kindern und Jugendlichen in Beziehung getreten wird. Gerade das Wechselspiel aus Nähe

und Distanz erfordere ein hohes Maß an Abgrenzungsvermögen der professionellen Sozialarbeiter_innen und wird des Öfteren als wesentlicher Bestandteil des Berufes genannt. Soziale Arbeit berühre den Alltag der Menschen und weiche insofern stark von der medizinisch professionellen Ausrichtung ab. Im Fokus des sozialarbeiterischen Paradigmas stehe Lösungsorientiertheit, also pragmatisch zu handeln und nicht zu therapieren, was sich im Hinblick auf das medizinische und psychologische Hintergrundwissen der Befragten als schwierig erweisen könne. Dieses sei bei einigen Befragten vorhanden und korreliere nicht selten mit der Realität des Berufsalltages.

Als weitere Abgrenzung zu anderen Professionen wird mehrfach das niedrige Gehalt genannt, das als unverhältnismäßig zum Maße der zu tragenden Verantwortung empfunden wird.

„Die Bezahlung in diesem Berufsfeld ist schlecht, die Dienstzeiten sind blöd, im Grunde genommen belächeln uns auch alle und in der freien Wirtschaft könnte man also ein Vielfaches an Geld verdienen, also muss es ja etwas sein, was uns fasziniert. Also für mich persönlich an meiner Tätigkeit ist das Tolle, die ist vielfältig.“

Die Vielfältigkeit des Aufgabenspektrums erfordere viel Flexibilität, um mit den täglichen neuen Herausforderungen umzugehen. Dabei gäbe es keinen richtigen, stets reproduzierbaren Weg, sondern müsse sich immer wieder neu auf das einzelne Individuum eingestellt werden. Laut der Befragten sind Organisation und Koordination wesentliche und in dieser Form unumgängliche Aufgabenbereiche, um dies zu gewährleisten. Nur durch Organisation und Koordination könnten die Rahmenbedingungen geschaffen werden, um dem Druck, der hierbei von verschiedenen Seiten entstehen könne, wie z.B. klinische Rahmenbedingungen, eventueller Entlassungsdruck durch das Team und den damit korrelierenden Lebensbedingungen/-situationen der Kinder außerhalb der Klinik, vorzubeugen.

Inwiefern der Beruf der Befragten als Profession betrachtet wird, ließe sich nicht verallgemeinernd festlegen. So wird die Profession als eine herausfordernde und vielfältige Existenzsicherung beschrieben. Für manch einen bedeute die Profession, seinen beruflichen Weg, für den man sich einst entschieden hat, zu gehen und nicht daran kaputt zu gehen. Theoretisch fungiere die eigene Profession auch immer zur Abgrenzung gegenüber anderen Professionen.

„Unsere Profession ist immer da zu Ende, wo Therapie beginnt. Dann schalten wir, je nachdem, unterschiedliche Sachen ein, da sehen wir auch unsere Grenzen, das können wir nicht leisten.“

4.5 Voraussetzungen und Hindernisse für eine gelingende Kooperation

Als Prämisse einer für alle Seiten zufriedenstellenden Zusammenarbeit wird von nahezu allen Befragten die grundsätzliche positive Grundeinstellung gegenüber dem Sinn und Nutzen von Kooperation erachtet. Als Maxime hierzu diene die innere Bereitschaft zur Kooperation und deren bewusste Aktivierung.

„Das wichtigste ist, dass man kooperieren will.“

Die Eigenmotivation des Mitarbeiters scheint hierbei untrennbar an das Gelingen der Kooperation gekoppelt zu sein. Von daher müssen die Sozialarbeiter_innen auch immer wieder das eigene Verhalten kritisch hinterfragen und reflektieren. Dies gehe einher mit der Fähigkeit, nicht alles alleine schaffen zu müssen, sondern sich rechtzeitig Hilfe zu suchen.

„Fachlich heißt auch, dass, wenn man nicht weiter weiß, dass man dann Fachleute dazu zieht.“

Als weiterer Faktor einer erfolgreichen Zusammenarbeit wird von den Befragten immer wieder Wertschätzung und respektvoller Umgang mit anderen Professionen genannt. Der regelmäßige Austausch zwischen den Kooperierenden Sorge dafür, dass Vorbehalte abgelegt werden können und die Arbeitsbedingungen akzeptiert werden. Nur so könne vorgebeugt werden, dass sich keiner in seiner Arbeit abgewertet oder angegriffen fühlt. Um zu verstehen, innerhalb welcher Systematik die andere Seite handle, müssen Berufsalltag und Zwänge des Systems nachvollzogen werden. Auch wenn das Regelsystem der Gegenseite nicht immer durchschaut werden könne, müsse durch Mitdenken eine Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens kultiviert werden. Geduld, Offenheit und Verständnis werden von den Befragten immer wieder genannt und als unerlässlich für das Gelingen einer Kooperation erachtet. Transparente Strukturen innerhalb der Kooperation schaffen Klarheit bezüglich der eigenen Grenzen und der anderer. Als hilfreich wurde auch die Formulierung von gemeinsamen Zielen innerhalb der Zusammenarbeit empfunden.

Bei der Frage nach Gründen, die eine interdisziplinäre Kooperation erschweren könnten, wurde von beinahe allen Befragten das Gefühl von Abwertung, Hierarchie und Übergangen-Werden von der anderen Seite genannt.

„Es sollte nicht darum gehen, wer ist der bessere Helfer in diesem System.“

Die geringe Anerkennung durch die Gegenseite sowie die Herabstufung der eigenen Fachlichkeit wurde von vielen Befragten als frustrierend empfunden, z.B. bei der Einschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung eines Kindes. Situationen, in denen die andere Seite keine Bereitschaft zur Unterstützung oder Hilfestellung zeige und ein arrogantes Verhalten an den Tag lege sowie die Überzeugung hege, dass der eigene Weg der richtige sei und bereits feststehe, wurde von den Befragten als hinderlich wahrgenommen.

„Es ist schwierig, wenn die andere Seite dicht macht.“

Die nur temporäre Erreichbarkeit von Behörden und Therapeuten aufgrund von eingeschränkten Sprechzeiten sorgte für eine stete Herabsetzung der Sozialarbeiter_innen. Um überhaupt in den Austausch zu gelangen, müssen diese dementsprechend ständig für Rückrufe zur Verfügung stehen.

Die Kommunikation werde außerdem durch die eigene Fachsprache der Ärzte erschwert, welche für andere Berufsgruppen schwer zu verstehen sei. Hinzu kommt das unterschiedliche Berichtswesen der Sozialarbeiter_innen. Da es kein einheitliches Schema und Klärung der Begrifflichkeit wie bei den Medizinerinnen gäbe, sei Freiheit für Schreibstil und Schwerpunktsetzung gegeben, was auf beiden Seiten zu Unsicherheiten führen könne.

Zeitmangel wurde von den Befragten häufig als Grund des Scheiterns einer Kooperation angegeben. Dabei sei es in der Praxis unwichtig, von welcher Seite die Zeitknappheit ausgehe. Sie sei in jedem Falle hinderlich für eine positive Schnittstellenarbeit.

„Etwas richtig Gutes kommt nur heraus, wenn die Zeit dafür da ist. Und die haben wir nicht.“

4.6 Kooperationserfahrungen (Good/Bad Practice)

Von den Interviewpartner_innen wurden auf die Frage nach besonders positiven bzw. negativen Aspekten einer gelungenen bzw. misslungenen Kooperation diverse Gesichtspunkte aufgeführt.

Ein fester und engagierter Ansprechpartner, mit dem der Kontakt wertschätzend und auf Augenhöhe stattgefunden habe, wurde von dem überwiegenden Anteil der Befragten als positiv empfunden. Durch die wertschätzende Beurteilung der Eindrücke der Mitarbeiter_innen sei ein ernsthafter Austausch von Verhaltensmaximen entstanden. Eigene Bemühungen seien ernst genommen worden, die Kommunikation sei schnell und direkt gewesen.

„Sich ernst genommen fühlen und nicht alleine gelassen werden, denn das passiert oft in der Sozialen Arbeit, dass man mit seinen Fällen ganz alleine ist.“

Zuverlässige und beständige Erreichbarkeit sowie verkürzte Wartezeiten für z.B. Gesprächstermine führten zu einer gesteigerten Bereitschaft zur Kooperation im Sinne des Kindes oder Jugendlichen. Förderlich sei, sich auf die Empfehlungen und Einschätzungen der anderen Seite verlassen zu können. Regelmäßige Absprachen und offener Austausch, nicht nur im Vorwege, sondern auch, wenn sich Krisen anbahnen oder nach Klinik-Entlassung, hätten sich als sinnvoll erwiesen.

„Es klappt immer, wenn man offen miteinander reden kann.“

Eine der Befragten nannte eine freiwillige Hospitation als besonders bereichernd, da sie dadurch nicht nur sich selber besser kennengelernt habe, sondern sich einen direkten Eindruck von den örtlichen Gegebenheiten verschaffen konnte. Im Weiteren wurde die Zusammenarbeit in einem besonders schwierigen Fall als besonders positiv erfahren, innerhalb dessen sich alle beteiligten Professionen die eigene Ratlosigkeit eingestehen mussten. Ein Runder Tisch sei organisiert worden und alle Beteiligten hätten gemeinsam überlegt, bis eine passgenaue Lösung entwickelt wurde.

Befragt nach den negativen Erfahrungen innerhalb der interdisziplinären Zusammenarbeit, wurde die mangelhafte Transparenz von Seiten der Therapeuten aufgeführt. Viele der Befragten erzählten von schlechten Erfahrungen mit der anderen Seite des Systems. Diese

hätte keine Berichte oder handlungsleitende Informationen für den weiteren Verlauf anzubieten. Daraus resultiere ein Unverständnis gegenüber den Kooperationspartner_innen.

In der Praxis stelle sich immer wieder das Problem ein, dass abweichende Ansichten bzw. divergierende Einschätzungen ein und desselben Falles in eine Unterstellung mangelnder Professionalität einmündeten. So wurde die Erfahrung gemacht, dass die sozialarbeiterische Kompetenz durch den behandelnden Arzt infrage gestellt wurde: Nachdem ein Kind aufgrund einer schwierigen Auseinandersetzung in die Psychiatrie gebracht wurde, sei die Frage gestellt worden, woran der Sozialarbeiter denn überhaupt erkennen könne, dass ein Psychiatrie-Aufenthalt angemessen sei.

Ein anderes Mal wurde bei einem akuten Fall durch einen Arzt nicht eingegriffen und unterstützt, da das Kind „nur“ einrichtungsintern fremdgefährdend wäre.

Auch die scheinbar undifferenzierten Aufgabenbereiche der Wohngruppe würden häufig (von Mitarbeiter_innen oder Ärzt_innen) missverstanden. So werde beispielsweise erwartet, dass die entlassenen Patienten von der KJH klinisch weiter behandelt würden. Davon allerdings müssten Wohngemeinschaften sich stark abgrenzen, was wiederum Unverständnis auf Seiten der Ärzte hervorrufe.

Lange Wartezeiten auf Psychiatrieplätze und finanzielle sowie personelle Anspannung im klinischen Bereich hindere eine gelungene Kooperation nach Aussagen einiger Befragter. Berichte würden vom „Band abgespielt werden“, sodass der Verdacht aufkäme, die Individualität des Kindes oder Jugendlichen würde von dem/der Kooperationspartner_in nicht ausreichend berücksichtigt werden.

4.7 Wünsche und Erwartungen

Der überwiegende Anteil der Befragten äußerte explizit den Wunsch nach Durchführung regelmäßiger Treffen innerhalb einer verbindlichen Zusammenarbeit mit den Kliniken. Die schriftliche Fixierung von Vereinbarungen, z.B. in Form von Kooperationsleitfäden, wurde hierbei als hilfreich empfunden. Dadurch solle ein Klima von kommunikativer Offenheit geschaffen werden. Die Kooperation sollte so bestehen, dass die Mitarbeiter_innen einen festen Ansprechpartner kontaktieren und um Rat fragen könnten. Langfristig wurde die Organisation von Fachtagungen angeführt. So könne ein gegenseitiges Kennenlernen stattfinden und die Ansätze, die Systeme und der Umgang mit den Kindern und Jugendlichen der anderen Seite nachvollzogen werden. Das Gefühl, mit einem Fall alleine gelassen zu werden, solle dadurch vermindert werden.

Es solle sich bewusst gemacht werden, dass das gemeinsame Anliegen die Parteien eine und dies für die Kooperation grundlegend sein sollte. Beispielsweise sei der Internationale Bund durch die immer häufiger auftretenden psychischen Probleme bei Kindern auf therapeutische Hilfe für ihre Klientel angewiesen, „um wirklich nützlich zu sein und nicht nur zu verwalten.“ Therapeutische Arbeit sei in der täglichen Arbeit nicht machbar, dazu seien es zu viele Kinder und Jugendliche.

Ein weiterer Wunsch der Befragten bezieht sich auf Unterstützung in Form von alltagstauglichen und konkreten Handlungsanweisungen, wie z.B. Leitlinien. Mehr Wissen, Praxisbeispiele und weiteres Handwerkszeug z.B. bei starken Impulsdurchbrüchen könnten dazu dienen, mehr Verständnis und Sicherheit in der eigenen Arbeit zu bekommen.

Die Befragten äußerten den Wunsch nach Werten wie Erreichbarkeit, Offenheit, Zuverlässigkeit und Gemeinsamkeit. Das Interesse an der anderen Seite, die Wertschätzung der eigenen Position sowie maximaler Respekt gegenüber dem Patienten werden in diesem Zuge als wichtig erachtet und herbeigesehnt. Dabei sei es wichtig, dass Macht- und Autoritätsspiele vermieden würden.

Priorität und Dringlichkeitsgebote der anderen Fachdisziplin sollten anerkannt und ernst genommen werden. Ehrlichkeit und Aufrichtigkeit sei dafür auf allen Seiten notwendig. Es solle sich über einen Fall aufrichtig ausgetauscht werden, wofür wiederum die eigenen Grenzen gekannt und benannt werden müssen. Die jeweilige Zuständigkeit sollte umgehend wahrgenommen werden, damit keine Zeit mit langen Diskussionen vertan wird. Wenn Fälle nicht in die KJP aufgenommen werden, komme es in der KJH schnell zu Frustrationen. Hierbei wäre es hilfreich zu erklären, warum beispielsweise in einem Fall keine psychiatrische Indikation vorliegt. Dies würde zu mehr Verständnis in der KJH führen und helfen zu akzeptieren, dass es sich um ein pädagogisches Problem handelt. Auf diese Weise würde Ohnmacht auf Seiten der KJH verhindert werden.

Pädagogische Kompetenzen in der KJP müssten weiterentwickelt werden, das Thema „gemeinsame Hilflosgkeit“ sei immer zentral, neben dem Eskalationstraining. Des Weiteren müssten auch die Grenzen der professionellen Hilflosgkeit anerkannt werden.

Zudem wird erwartet, dass Ärzte und Therapeuten das Jugendhilfesystem in Deutschland kennen damit sie mit dem/der Erzieher_in auf Augenhöhe kommunizieren, Auskunft geben und Informationen einholen könnten.

Mehrfach wurde angeregt, dass es nicht immer gleich um Kostenübernahmen gehen solle. Es sollten Wege gefunden werden, die finanziellen Nachteile für beide Seiten zu verringern. Beiden Seiten sollten umgehend mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden.

In Bezug auf die Erwartungen an die Kooperationspartner_innen, stellten die Befragten verschiedene Aspekte heraus. Mehrfach wurde genannt, dass das Handeln, nach Auffassung der Therapeut_innen, noch fachlicher und kompetenter sein sollte. Demnach bestünde außerdem die Erwartungen seitens der Ärzt_innen und Therapeut_innen, dass die Sozialarbeiter_innen ihrer fachlichen Überzeugung (therapeutisch) entsprechend handeln sollten. Es sollte im Sinne der Kliniken weiterbehandelt bzw. betreut werden, was jedoch praktisch nicht möglich sei. Da viel auf freiwilliger Basis und Eigenverantwortung läuft, sei man auf die Kooperationsbereitschaft der Patienten angewiesen. So komme es vor, dass sich ein anorektisches Mädchen so weit herunterhungert, bis man gegen ihren Willen einschreiten dürfe und eine Zwangsbehandlung erfolgt. Das wiederum führe zu Unverständnis von Seiten der Ärzt_innen gegenüber der Mitarbeiter_innen der Wohngruppe.

Ein weiterer Wunsch an die Kooperationspartner_innen sei, dass in einer Wohngruppe professionelle Fachkräfte arbeiten sollten, um so eine Reduzierung von starken Selbstverletzungen zu erreichen.

„Ja da muss man doch was machen. Jetzt wohnt die schon bei ihnen, warum machen sie denn dann nichts?“

Auch die Verringerung von realitätsfremden Wünschen und Erwartungen der KJH an die KJP spielt eine zentrale Rolle im Bewusstsein der Kooperationspartner_innen.

5 Diskussion

Im Rahmen einer explorativen, qualitativen Interviewstudie des EU-Projektes RESME wurden erfahrene Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum gegenwärtigen Stand der interdisziplinären Kooperation befragt. Empirische Ergebnisse und das theoretische Wissen lassen Rückschlüsse auf die Rolle des professionellen Selbstverständnisses in der Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu, welche relevant sind für die professionelle Praxis. So ermöglichten leitfadengestützte Interviews die Erhebung vielschichtiger Erfahrungen, Bewertungen und Wünsche. Auch wenn die Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobengröße nicht als repräsentativ gelten, liefern die erhobenen Daten im Rahmen dieser Arbeit eine empirische Basis für die Einschätzung der professionellen Verortung von Sozialarbeiter_innen in der Kooperation von KJH und KJP.

In der Diskussion werden schwerpunktmäßig die Aspekte der Wahrnehmung der eigenen beruflichen Identität (Profession), der tatsächliche Umgang der Kooperierenden untereinander (das Selbstverständnis in der Praxis, Good/Bad Practice) sowie Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen herausgearbeitet.

5.1 Wahrnehmung der beruflichen Identität und der Profession

Der überwiegende Anteil der befragten Sozialarbeiter_innen nahm den eigenen Beruf als komplex und vielschichtig wahr. Als charakteristisch wurde das nicht klar definierte Setting erachtet. Dies kann wiederum zu einem Identitätskonflikt führen, da Lösungsorientiertheit mit seinem pragmatischen Handeln im Fokus des sozialarbeiterischen Paradigmas steht. Bei vielen der Befragten wurde im Laufe der Interviews medizinisches und psychologisches Hintergrundwissen festgestellt. Dies bedeutet, dass innerhalb der Profession auch auf andere Wissenschaftsdisziplinen zurückgegriffen wird. Dies beeinträchtigt die Alleinstellungsmerkmale der Profession und das Finden eines inhaltlich kongruenten Selbstverständnisses. Ein solches Selbstverständnis ist allerdings die Voraussetzung, um sich berufspolitisch zu etablieren und positionieren zu können, um gemeinsame Anliegen zu vertreten (vgl. Heiner 2007, 17 f.).

Als wesentlicher Bestandteil der Profession wurde die Fähigkeit zur Abgrenzung gegenüber den Kindern und Jugendlichen genannt. Weitere Alleinstellungsmerkmale für die Soziale Arbeit waren die Begleitung im Alltag und die, wenn auch nicht erfreulichen, niedrigen Gehaltsstufen. Des Weiteren wurden Spontaneität und Flexibilität und die tägliche Forderung nach kreativen Lösungen sowie die damit einhergehende notwendige Organisation und Koordination als Charakterzug Sozialer Arbeit erachtet. Nur durch Organisation und Koordination kann dem entstehenden Druck durch die unterschiedlichen Interessen präventiv vorgebeugt werden (Tripelmandat). Auch hier wird sich gegenüber dem/der Kooperationspartner_in insofern abgegrenzt, als dass es im Gegensatz zu medizinischen Professionen keinen falsifiziert stets reproduzierbaren Weg gibt.

Auffällig war, dass die Frage, inwiefern der eigene Beruf als Profession betrachtet wird, von den Befragten eher knapp beantwortet wurde. Die Profession wurde von den Befragten völlig unterschiedlich wahrgenommen und beschrieben. Während der eigene Beruf sehr klar beschrieben werden konnte, wurde die Profession der Sozialen Arbeit von den Befragten unterschiedlich wahrgenommen und beschrieben.

Insofern konnten die Befragten Alleinstellungsmerkmale, Charakterzüge und Aufgaben des eigenen Berufes (Selbstzuschreibungen) in Grundzügen definieren. Die Alleinstellungsmerkmale der Sozialen Arbeit als Profession hingegen konnten nicht einheitlich definiert werden. Laut Wendt (1995) lässt sich die Signifikanz einer Profession nur durch Herausstellung und Konzentration auf die Alleinstellungsmerkmale der Profession begründen (vgl. Wendt 1995, 16).

Wie sich im weiteren Verlauf erkennen lässt, korrelieren die Eigenwahrnehmungen der beruflichen Identität und der Profession nicht mit den Erwartungen und Definitionen der Kooperationspartner_innen (Fremdzuschreibungen). Für die Entwicklung eines professionellen Selbstverständnisses, welches sich von anderen Professionen abgrenzen kann, ist jedoch nicht nur eine eindeutige Selbstzuschreibung, sondern auch eine dazu kongruente Fremdzuschreibung eine wichtige Grundvoraussetzung (vgl. Karges/Lehner 2005, 450; vgl. Wendt 1995, 11).

5.2 Voraussetzungen und Hindernisse für eine gelungene Kooperation

Was für eine erfolgreiche Schnittstellenarbeit förderlich bzw. hinderlich sei, sei die innere Bereitschaft, Eigenmotivation und eine positive Grundeinstellung zu eben dieser Kooperation. Wertschätzung und ein respektvoller Umgang untereinander werden vorausgesetzt. Nach Meinung der Befragten muss bewusst vorgebeugt werden, damit keiner sich in seiner Arbeit abgewertet oder angegriffen fühlt. Offenheit, Verständnis und transparente Strukturen innerhalb der Kooperation haben nach Ansicht der Sozialarbeiter_innen eine eminente Bedeutung. Bergold und Filsinger (1993) bestätigen die wichtige Rolle dieser Aspekte in der Kooperation. Durch Transparenz, partnerschaftliches Verhalten, Ehrlichkeit und die Bereitschaft zur Offenheit werden zentrale Aspekte der Struktur und Handlungsweisen der Kooperierenden - die persönlichen Interessen bezüglich der Kooperation mit eingeschlossen - offen gelegt (vgl. Bergold/Filsinger 1993, 66).

Die Formulierung von gemeinsamen Zielen wurde von den Interviewpartner_innen ebenfalls als hilfreich für eine positive Zusammenarbeit erachtet. Darius und Hellwig (2004) definieren zumindest teilweise deckungsgleiche Ziele als eine der Grundvoraussetzungen für eine gelingende Kooperation. Als Folge dessen müssen Abgrenzungsschwierigkeiten dieser Gemeinsamkeiten reduziert werden. Jedes System muss seine professionelle Identität und sein professionelles Selbstverständnis intern abschließend behandelt haben (vgl. Darius/Hellwig 2004, 510).

Als hinderliche Aspekte für eine funktionierende Zusammenarbeit werden mehrfach Konkurrenzverhalten, Abwertung durch die/den Kooperationspartner_in sowie ausgeprägte hierarchische Strukturen genannt. Durch die schwere Erreichbarkeit von Behörden und Therapeut_innen beispielsweise fühlen sich die befragten Sozialarbeiter_innen herabgesetzt und nicht gleichberechtigt behandelt, da einseitige Investitionen notwendig sind, um in Kontakt zu treten und zu bleiben. Wenn Konkurrenzgedanken und Abgrenzungsbemühungen die Zusammenarbeit behindern, muss für die Gleichberechtigung eben dieser Kooperationspartner gesorgt werden (vgl. Darius/Hellwig/Schrappner 2001, zit. n. Darius/Hellwig 2004, 511). Beide Fachdisziplinen müssen sich als strukturell gleichberechtigte Partner verstehen und erleben. Dabei darf sich keiner dem andern über- oder unterlegen fühlen, sondern muss die jeweils unterschiedlichen Kompetenzen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen gegenseitig anerkennen (vgl. ebd.).

Das unterschiedliche Berichtswesen, Zeitmangel und die medizinische Fachsprache der Ärzte sind außerdem Faktoren, die teilweise an Rahmenbedingungen geknüpft sind. Da die Kinder- und Jugendhilfe über kein klar abgegrenztes Sprachsystem (Fachtermini) verfügt und die Kinder- und Jugendpsychiatrie an die nationalen und internationalen Klassifikationssysteme angelehnt ist, liegen die Verständigungsprobleme auf der Hand. Es ist nämlich nicht davon auszugehen, dass die Begriffskennntnis der Sozialarbeiter_innen soweit ausgeprägt ist, dass die verwendeten medizinischen Begriffe eindeutig und klar verstanden werden (vgl. Gintzel 1989, 15).

5.3 Das Selbstverständnis in der Praxis / Umgang untereinander

Die Erläuterung gelungener und misslungener Kooperation zeigt sich im Ist-Zustand und im tatsächlichen Umgang der Fachkräfte untereinander (Praxiserfahrungen, Good/Bad Practice). Praxisbeispiele geben Hinweise auf die Stellung der Profession in Abgrenzung zu anderen Professionen. Als besonders positiv wurde die Schnittstellenarbeit empfunden, wenn zwischen den Kooperationspartnern ein Klima der Wertschätzung entstanden war. Das Gefühl, ernst genommen zu werden sowie die Offenheit und Bereitschaft zur Zusammenarbeit gab den Befragten die Möglichkeit, nach ihren eigenen Vorstellungen, zielbewusst und lösungsorientiert zu arbeiten. Auch das gemeinsame Eingestehen und Benennen von Grenzen der eigenen Handlungsfähigkeit wurde als wichtiger Aspekt genannt. All dies ist wiederum wichtig, um Identitätsproblemen entgegenzuwirken (vgl. Wendt 1995, 16).

Des Weiteren wird deutlich, dass die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sich in ihren Aufgabenbereichen von Seiten der Ärzt_innen bisher häufig missverstanden fühlten. Dies kann auf mangelnde Kommunikation und ein Wissensdefizit bezüglich der Zuständigkeiten der KJP sowie der Alleinstellungsmerkmale des Profils der Profession der Sozialen Arbeit zurückzuführen sein. Unklarheit über die Vorstellung der Aufgaben durch eine andere Berufsgruppe wiederum kann die Identitätsbildung der eigenen Berufsgruppe beeinträchtigen, da die Verortung des eigenen Berufsverständnisses im Kontext des eigenen Tätigkeitsfeldes, jedoch insbesondere im Verhältnis zu anderen Professionen notwendig ist für eine berufliche Identität (vgl. Heiner 2004, 39).

Außerdem stand die Unterstellung von mangelnder Kompetenz und Professionalität des Gegenübers einer intakten Schnittstellenarbeit bisher im Weg. Die mangelnde Transparenz des Gesundheitssystems, welche von der KJH kritisiert wird, könnte die direkte Folge der beiden letztgenannten Gründe sein, denn: Wer der anderen Seite nicht vertraut, wählt lieber den Alleingang.

5.4 Wünsche und Erwartungen

Der Themenkomplex zur Befragung nach Vorstellungen, Wünschen und Erwartungen lässt sowohl Ideale, Wunschvorstellungen und Voraussetzungen als auch Sorgen, Hindernisse und Mängel in der Schnittstellenarbeit erkennen.

Es wurde deutlich, dass bei nahezu allen Befragten ein deutliches Bedürfnis nach mehr Sicherheit besteht. So existiert die Angst, mit einem Fall alleingelassen zu werden. Um dies zu verringern, wünschen sich nahezu alle Befragten zyklische Treffen und eine verbindliche, teilweise schriftlich fixierte Zusammenarbeit. Eine zwischenmenschliche Ebene durch gegenseitiges Kennenlernen sowie einen fester Ansprechpartner, bei dem man Rat holen kann, wurde von den Befragten unterstützend empfunden. Auch der Wunsch nach mehr Beistand in der Praxis sowie alltagstauglichen Handlungsanweisungen (z.B. Kooperationsvereinbarungen und Leitlinien) machen deutlich, dass in der eigenen Arbeit einige Unschärfen und Wissensdefizite bis hin zur Verständnislosigkeit vorherrschen. Die Grenzen der eigenen Aufgaben und die der Kooperationspartner_innen scheinen nicht klar definiert zu sein. Eine gefestigte Identität ist jedoch die Voraussetzung, um professionell kooperieren zu können, was wiederum eine klare Vorstellung der eigenen Aufgaben und eine Verortung dieser Aufgaben im Berufsfeld voraussetzt. Dabei spielt nicht nur das Verständnis

der eigenen Institution, sondern auch das zu anderen Professionen eine Rolle (vgl. Heiner 2004, 37 ff.).

Die befragten Sozialarbeiter_innen fühlen sich in ihrer bisherigen Rolle nicht ausreichend ernst genommen und wertgeschätzt. Sie wünschen sich Interesse, Respekt, Ehrlichkeit und die Anerkennung der Kooperationspartner_innen. Dass diese Aspekte anscheinend nicht ausreichend vorliegen, bestätigen die Kooperations- und Autoritätsschwierigkeiten zwischen den Professionen, und weist wiederum darauf hin, dass es sich um ungleiche Kooperationspartner handelt. Nicht selten kommt es zu unrealistischen Erwartungshaltungen (vgl. Fegert/Schraper 2004, 21).

So wurde bemängelt, dass die Erwartungen der medizinischen Seite in der Praxis oft nicht zu erfüllen sind, da die Sozialarbeiter_innen nicht im Sinne der Kliniken therapeutisch handeln können und dürfen. Genauso wenig kann jede Krise von den Fachkräften abgewendet werden. Unrealistische Erwartungshaltungen lassen sich jedoch auf beiden Seiten erkennen.

Der Wunsch nach Transparenz und offener Kommunikation in der Zusammenarbeit und nach in diesem Zusammenhang mitgeteilte Informationen, lässt darauf schließen, dass die Befragten sich öfter übergangen fühlen bzw. das Gefühl bekommen, dass ihnen wichtige Informationen vorenthalten werden, die jedoch benötigt werden, um zu jeder Zeit professionell handeln zu können. Die gemeinsame Hilflosigkeit sollte sich eingestanden werden, so wie auch die Grenzen der professionellen Hilflosigkeit anerkannt werden müssen. Diese beugt dem vorhandenen Machtgefälle in der Kooperation vor.

6 Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Schnittstellenarbeit zwischen der stationären Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie dem professionellem Selbstverständnis der in diesem Feld tätigen Sozialarbeiter_innen. Dabei wurden folgende Fragen ausführlich beantwortet: (1) Wodurch ist das professionelle Selbstverständnis der Sozialarbeiter_innen geprägt? (2) Wie erleben die Fachkräfte die Kooperation an der Schnittstelle der beiden Systeme? (3) Wodurch resultieren die bestehenden Hindernisse in der Zusammenarbeit und welche Rolle spielt dabei das professionelle Selbstverständnis? Bei der Beantwortung der Forschungsfragen wurde deutlich, dass das professionelle Selbstverständnis der Sozialarbeiter_innen noch unausgereift und unscharf ist und damit die Qualität von interdisziplinärer Kooperation durchaus beeinflusst. Denn wenn das Selbstverständnis der eigenen Profession ungeklärt ist, können auch kooperierende andere Professionen nur schwer

Vertrauen und Sicherheit in Bezug auf die Fähigkeiten der Kooperationspartner_innen aufbringen. Dies fördert eher den Alleingang als die Zusammenarbeit.

Es wurde konstatiert, dass ein professionelles Selbstverständnis das Zugehörigkeitsgefühl und das kollektive Bewusstsein eines Berufes zusammenfasst. Die eigenen Befähigungen, Grenzen und Möglichkeiten sind im Bewusstsein verankert. Dazu zählen auch die technisch erforderliche Fertigkeit des Anforderungsprofils sowie die Fähigkeit zur berufsspezifischen Reflexion und Visionsbildung. Die berufliche Identität wird geprägt durch Selbst- und Fremdzuschreibung und dient wesentlich dazu, sich von anderen Berufen und Professionen fachlich abzugrenzen. In den Interviews der RESME-Studie wurde deutlich, dass die Grenzen, Charakterzüge und Alleinstellungsmerkmale der eigenen Profession überwiegend bekannt waren, dass aber das Verständnis der anderen Fachdisziplin hierfür kaum vorhanden war. Auch die Erwartungen der Kooperationspartner_innen wichen teilweise stark von der Realität und den tatsächlichen Aufgaben der Sozialarbeiter_innen ab.

Die Relevanz eines ausgeprägten professionellen Selbstverständnisses wurde deutlich. Die Frage, ob die Soziale Arbeit nur über ein berufliches oder auch über ein professionelles Selbstverständnis verfügt bzw. überhaupt zu einer Profession gezählt werden kann, ist allerdings nicht ganz einfach zu beantworten. Die Befragten beantworteten die Frage, inwiefern der eigene Beruf als Profession betrachtet wird, eher knapp. Die Profession wurde völlig unterschiedlich wahrgenommen und beschrieben. Insgesamt zeigten die Befragten ein noch unscharfes Selbstverständnis des Berufes als Profession auf.

Da die Wissensbestände und Wissensquellen stark heterogen sind, wird das Finden eines einheitlichen Selbstverständnisses und die Etablierung als Profession erschwert. Dieser Findungsprozess ist jedoch notwendig, um sich berufspolitisch zu positionieren und zu vertreten.

Des Weiteren sollten zwei wesentliche Perspektiven der Profession Soziale Arbeit betrachtet werden: die berufsstrukturelle und die handlungs- und wirkungsorientierte Perspektive. Nach der ersten Perspektive kann Soziale Arbeit lediglich als eine Semi-Profession bezeichnet werden, da sich die Kriterien, wie z.B. Höheres Ansehen und Bezahlung, an klassischen Professionen orientieren. Der zweiten Perspektive zufolge ist Soziale Arbeit eine vollwertige Profession und hat ihre Definitionen nach dem ISF und DBSH ausdrücklich festgelegt. Das Augenmerk liegt dabei auf dem professionellen Handeln, welches nach Ergebnissen unter Berücksichtigung der Einhaltung beruflicher Standards schaut.

Ein weiteres Gestaltungsfeld in dem Prozess der Identitätsfindung stellt die berufliche Ausbildung dar; sie ist für die gesunde Entwicklung eines professionellen

Selbstverständnisses grundlegend. Jedoch wird diese an verschiedenen Stellen behindert, wie z.B. durch fachfremde Lehrende an den Hochschulen. Demzufolge ist eine Nachwuchsförderung von promovierenden Sozialarbeiter_innen umso wichtiger.

Bei der Betrachtung des Selbstverständnisses in Bezug auf die Kooperation mit anderen Professionen ist herauszustellen, dass gerade in Zusammenarbeit mit anderen Professionen eine berufliche Identität besonders wichtig ist. Wenn der Beruf kein klar und scharf abgegrenztes Bild von sich selbst bietet, so wie es bei der Sozialen Arbeit der Fall ist, wird er von anderen Professionen nur verschwommen wahrgenommen und mit Fremdbedeutung aufgeladen. Es ist daher notwendig, sich auf die Herausstellung der Alleinstellungsmerkmale dieser Profession zu konzentrieren. Die Unverwechselbarkeit und der besonderer Beitrag innerhalb der Kooperation mit anderen Professionen helfen wiederum, Identitätsproblemen vorzubeugen.

In Hinblick auf die Geschichte und Besonderheiten der einzelnen Systeme, KJH und KJP, wurde verdeutlicht, dass beide Fachdisziplinen Gemeinsamkeiten und Berührungspunkte sowie zahlreiche Unterschiede aufweisen, wie es z.B. bei grundsätzlichen Konzeptionen, Arbeitsweisen, gesetzlichen Grundlagen und Finanzierungen der Fall ist. Während die KJH ressourcenorientiert arbeitet, geht die KJP vom Denkmodell einer Störung oder von einem Defizit aus.

Beide Bereiche sind seit 1991 zur interdisziplinären Zusammenarbeit verpflichtet. Es besteht eine immer größer werdende Notwendigkeit zur Kooperation der beiden Fachbereiche. So zeigen epidemiologische Untersuchungen, dass die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten, stationärer Unterbringungen und die Nachsorge in weiterbehandelnden Einrichtungen von Kindern und Jugendlichen bedeutend gestiegen ist. Zudem nehmen die familiären Ressourcen ab, sodass diese den Kindern und Jugendlichen keine besondere Stütze bieten können. Mit dem in Kraft getretenen KJHG wurde erkennbar, dass sich die Multiproblemfälle in den stationären Hilfen stark erhöht haben, was insbesondere die kooperativen Behandlungs- und Betreuungsmodelle zwischen der KJP und den stationären Einrichtungen herausfordert. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil psychisch kranker Kinder und Jugendlichen weiter steigen wird.

Folglich sind beide Systeme aufeinander angewiesen, um ihr Klientel fachgerecht versorgen zu können. Kooperiert wird zum einen, wenn Kinder und Jugendliche fachärztlich behandlungsbedürftig sind und zum anderen, wenn im Anschluss an eine psychiatrische Krankenhausbehandlung weitere soziale Hilfen benötigt werden. Für diese immer wichtiger werdende Schnittstellenarbeit müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. Dazu wird

ein gemeinsamer „Gegenstand“, die Klärung des eigenen professionellen Selbstverständnisses, Konfliktbereitschaft, Offenheit und Transparenz, die Formulierung eines gemeinsamen Zieles, strukturelle Rahmenbedingungen sowie zuverlässige Vorgehensweisen und Gleichberechtigung genannt. Von den Befragten des RESME-Projektes wurde zudem immer wieder die gegenseitige Wertschätzung und ein respektvoller Umgang untereinander betont.

Es wurde herausgearbeitet, dass einer funktionierenden Kooperation im Wesentlichen folgende Hindernisse entgegen stehen: unterschiedliche Menschenbilder, Grundorientierungen und Diagnostik, unterschiedliche Sprachsysteme, gesellschaftliche Hierarchie, Status und Machtprozesse, Dominanz einzelner Kooperationsmitglieder, unterschiedliche Definitionen der eigenen Arbeitsweise, überhöhte Erwartungen an die andere Disziplin, Mangel an interdisziplinären Konzepten und an Kenntnis der Handlungs- und Entscheidungsstrukturen der jeweils anderen Profession sowie knappe zeitliche und finanzielle Ressourcen. Dabei wurde von den Befragten insbesondere das vorherrschende Konkurrenzverhalten, die ausgeprägte hierarchische Struktur sowie das mangelnde Fremdverständnis hervorgehoben.

Das EU-Forschungsprojekt RESME möchte die Zusammenarbeit langfristig fördern und hat im Zuge der Studie ein Weiterbildungscurriculum ins Leben gerufen. Dass Fort- und Weiterbildungen, in denen es um ein gegenseitiges Kennenlernen und um das Verständnis der jeweils anderen Fachdisziplin geht, unabdingbar sind, lässt sich auch den Interviews entnehmen. Die Sozialarbeiter_innen äußerten ein Bedürfnis nach Sicherheit und Unterstützung sowie den Wunsch nach Verringerung von Angst. Durch regelmäßige Treffen und Handlungsanweisungen soll die persönliche Ebene gestärkt und dabei gleichzeitig Angst und Unsicherheit abgebaut werden.

Zum Schluss bleibt festzuhalten, dass weder das professionelle Selbstverständnis der Sozialarbeiter_innen noch eine interdisziplinäre Kooperation bisher praxisnah definiert wurde. Auch wenn es in der Praxis bereits einige positive Konzepte und Kooperationsvereinbarungen gibt, sollte die Schnittstellenarbeit weiterhin ausgebaut und gefördert werden. Als wesentliche Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Kooperation stellt sich eine gefestigte berufliche Identität dar, bei der nicht nur das Verhältnis zur eigenen Institution, sondern auch zu anderen Professionen eine bedeutende Rolle spielt. Damit ein negatives oder schwach ausgeprägtes Selbstverständnis der Zusammenarbeit nicht im Weg steht, sollte ein Augenmerk auf genau diese Problematik gelegt werden. Denn eine gelungene

Kooperation stellt die betroffenen Kinder und Jugendlichen in den Vordergrund und versucht die bestmögliche Lösung für alle Beteiligten zu finden.

7 Literaturverzeichnis

Amthor, Ralf-Christian (2012): Einführung in die Berufsgeschichte der Sozialen Arbeit. Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag

Amthor, Ralf-Christian (Hrsg.) (2008): Von Orientierung, Vorbildern und beruflichem Habitus. Impulse zur Lehre für die kommenden Jahre und Jahrzehnte, in: Soziale Berufe im Wandel. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft Sozialer Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 229-255

Bartlett, Harriet M. (1970): The common base of social work practice. New York: National Association of Social Workers

Becker-Lenz, Roland [u.a.] (Hrsg.) (2012): Professionalität Sozialer Arbeit und Hochschule. Wissen, Kompetenz, Habitus und Identität im Studium Sozialer Arbeit. Wiesbaden: Springer VS

BELLA-Studie (2007): Ravens-Sieberer, Ulrike [u.a.]: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, S. 871-878

Bergold, Jarg B. / Filsinger, Dieter (1993): Psychosoziale Versorgung als System, in: Bergold, Jarg B. / Filsinger, Dieter (Hrsg.): Vernetzung psychosozialer Dienste. Theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 49-70

Bosshard, Marianne / Ebert, Ursula / Lazarus, Horst (2010): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag

Branik, Emil (2003): Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Nr. 52 (7), S. 503-516

Büttner, Peter (2008): Kinder- und Jugendhilfe, in: Petermann, Franz (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 693-709

Darius, Sonja / Hellwig, Ingolf (2004): Zur Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Befunde und Empfehlungen aus einem Forschungs- und Entwicklungsprojekt in Rheinland-Pfalz, in: Fegert, Jörg M. / Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 505-516

Darius, Sonja / Hellwig, Ingolf / Schrapper, Christian (2001): Krisenintervention und Kooperation als Aufgaben von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz. Mainz: Institut für sozialpädagogische Forschung

Dewe, Bernd / Otto, Hans-Uwe (2002): Reflexive Sozialpädagogik. Grundstrukturen eines neuen Typs dienstleistungsorientieren Professionshandelns, in: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.179-198

Du Bois, Reinmar (2004): Historische Trennlinien und Berührungspunkte zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, in: Fegert, Jörg M. / Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 421-427

Ebert, Jürgen (2012): Hildesheimer Schriften zur Sozialpädagogik und Sozialarbeit. Reflexion als Schlüsselkategorie professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit. Hildesheim: Georg Olms Verlag

Fegert, Jörg M. [u.a.] (2013): Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, in: Lehmkuhl, Gerd [u.a.]: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Grundlagen und Störungsbilder. Göttingen: Hogrefe Verlag, S.1396-1415

Fegert, Jörg M. (2012): Sozialpsychiatrie, in: Fegert, Jörg M. / Eggers, Christian / Resch, Franz (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 226-237

Fegert, Jörg M. / Schrapper, Christian (Hrsg.) (2004): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zwischen Kooperation und Konkurrenz, in: Handbuch Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München: Juventa Verlag, S.15-25

Flick, Uwe (2010): Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung. 3. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Flick, Uwe / Von Kardorff, Ernst / Steinke, Ines (Hrsg.) (2000): Qualitative Forschung – Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Freigang, Werner (1989): Was brauchen Kinder und Jugendliche in Lebenskrisen?, in: Institut für Soziale Arbeit e.V.: Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - Soziale Praxis, Nr. 7, S. 23-32

Gahleitner, Silke B. / Homfeldt, Hans G. / Fegert, Jörg M. (2012): Gemeinsame Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf übernehmen? Hindernisse und Lösungswege für Kooperationsprozesse, in: Gahleitner, Silke B. / Homfeldt, Hans G. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste. Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag, S. 247-272

Gerull, Susanne (2009): „Das ist unsere Mutti für alles“. Das ist die Sozialarbeiterin. Professionelle Identität in der Sozialen Arbeit, in: Geißler-Piltz, Brigitte / Gerull, Susanne (Hrsg.): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen [u.a.]: Budrich Unipress, S. 121-130

Gintzel, Ullrich / Schone, Reinhold (1989): Erziehungshilfen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Problemlagen junger Menschen, Entscheidungsprozesse, Konflikte und Kooperation. Regensburg: Walhalla und Praetoria Verlag

Gintzel, Ullrich (1989): Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – Zwischen Konkurrenz und Kooperation, in: Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - Soziale Praxis, Nr. 7. Münster: Votum Verlag, S. 10-22

Groen, Gunter / Jörns-Presentati, Astrid (2014): An der Schnittstelle von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und psychiatrisch- psychotherapeutischer Gesundheitsversorgung. Ergebnisse einer Interviewstudie, in: Kindheit und Entwicklung, Volume 23, Nr. 3, S. 151-160

Harmsen, Thomas (2014): Professionelle Identität im Bachelorstudium Soziale Arbeit. Konstruktionsprinzipien, Aneignungsformen und hochschuldidaktische Herausforderungen. Edition Professions- und Professionalisierungsforschung, Volume 4, 2014. Wiesbaden: Springer VS Verlag

Heiner, Maja (2007): Soziale Arbeit als Beruf. Fälle – Felder – Fähigkeiten. München: Ernst Reinhardt Verlag

Heiner, Maja (2004): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Theoretische Konzepte, Modelle und empirische Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Homfeldt, Hans G. / Gahleitner, Silke B. (2012): Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf – eine Einführung, in: Gahleitner, Silke B. / Homfeldt, Hans G. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste. Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag, S. 11-33

Homfeldt, Hans G. / Sting, Stephan (2011): Gesundheit und Krankheit, *in:* Otto, Hans – Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. 4. Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, S. 567-579

Jungmann, Joachim (2004): Gemeinsam Fehler bei der Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, in: Fegert, Jörg M. / Schrappner, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München: Juventa Verlag, S.571-575

Kaba-Schönstein, Lotte / Kälble, Karl (Hrsg.) (2004): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege. Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag

Kappeler, Manfred (2010): Von der Unmöglichkeit einer Identität der Sozialen Arbeit, in: Neue Praxis, Sonderheft 10, S. 14-16

Karges, Rosemarie / Lehner, Ilse M. (2005): Zum Berufsbild in der Sozialen Arbeit. Das berufliche Selbstverständnis und seine Unschärfe, in: Soziale Arbeit, Nr. 12, S. 449-456

Kleve, Heiko (2003): Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne. Grundlegungen und Anwendungen eines Theorie- und Methodenprogramms. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Knoll, Andreas (2010): Professionelle Soziale Arbeit. Professionstheorie zur Einführung und Auffrischung. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Kölch, Michael / Allroggen, Marc / Fegert, Jörg M. (2011): Kontakt mit der Jugendhilfe, in: Fegert, Jörg M. / Kölch, Michael (Hrsg.): Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S.320-325

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Langnickel, Hans (1997): Patentrezept Vernetzung? Zwischen Sparzwängen und Qualitätsansprüchen, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Qualitätssicherung durch Zusammenarbeit. Broschürenreihe: QS – Materialien zur Qualitätssicherung in der Jugendhilfe, Nr. 10: Bonn, S. 7-20

Lehmkuhl, Gerd / Breuer, Ulla (2013): Versorgungsstrategien und Kooperation. Behandlungssettings, in: Lehmkuhl, Gerd (Hrsg.) [u.a.]: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Grundlagen und Störungsbilder. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 1357-1364

Lempp, Reinhart (1989): Schlußbetrachtung. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Position unter den Wissenschaften, in: Du Bois, Reinmar (Hrsg.): Praxis und Umfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Dialog mit Pädiatrie, Justiz, Sozial- und Verhaltenswissenschaften. Bern: Hans Huber Verlag, S. 185-195

Libal, Gerhard / Fegert, Jörg M. (2004): Behandlungs- und Hilfeformen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, in: Fegert, Jörg M. / Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 225-250

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung, 5., überarbeitete und neu ausgestattete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Miehle-Fregin, Werner (2010): Die Identität der Sozialen Arbeit in Kooperationsbezügen der Jugendhilfe, in: Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik. Sonderheft 10, S.164-165

Mühlum, Albert (2012): Berufsgeschichte oder Professionsgeschichte? Von der ehrenamtlichen Fürsorge zur professionellen Sozialen Arbeit, in: Soziale Arbeit. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete. Nr. 61, S.326-332

Mühlum, Albert (2011): Sozialarbeit / Sozialpädagogik, in: Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 7. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlag, S. 773-777

Mühlum, Albert / Buttner, Peter (2010): Das Studium der Sozialen Arbeit – Entwicklungslinien und Perspektiven, in: Gahleitner, Silke (Hrsg.) [u.a.: Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven. Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, Band 1, Opladen [u.a.]: Barbara Budrich Verlag, S.155-170

Mühlum, Albert (2001): Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Ein Vergleich. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Frankfurt am Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge

Müller, Burkhard (2010): Zur Kritik der Frage nach einer Identität der Sozialen Arbeit. Welcher Identitätsbegriff sollte der Suche nach der „Identität Sozialer Arbeit“ zugrunde liegen?, in: Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik. Sonderheft 10, S. 12-13

Münder, Johannes (2011): SGB VIII-Kinder- und Jugendhilfe, in: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, S. 1272-1284

Nodes, Wilfried (2012): Wer wird berufen? - Wer soll lehren?, in: Forum Sozial, Nr. 1/2012, S. 7-9

Nützel, Jakob [u.a.] (2005): Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern, in: Praxis der Kinderpsychologie und der Kinderpsychiatrie, Nr. 54, S. 627-644

Ramb, Winfried / Colla, Herbert Ernst (2012): Menschliche Würde in der Lebensphase natürlicher Abhängigkeit – Jugendpsychiatrische und sozialpädagogische Aspekte, in: Schmid, Marc (Hrsg.) [u.a.]: Handbuch psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag, S. 193-201

Rätz-Heinisch, Regina / Schröer, Wolfgang / Wolff, Mechthild (2009): Lehrbuch Kinder- und Jugendhilfe: Grundlagen, Handlungsfelder, Strukturen und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa Verlag

Schneider, Volker (2001): Sind wir, was wir glauben? In: Forum Sozial, Nr. 3, S. 5-7

Schone, Reinhold (2008): Kinder- und Jugendhilfe als Kooperationspartner der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in: Denner, Silvia (Hrsg.): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S.141-153

Schone, Reinhold (2004): Das System der Jugendhilfe im Überblick, in: Fegert, Jörg M. / Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 29-33

Schone, Reinhold (1991): „Grenzfälle“ zwischen Heimen und Psychiatrie. Zur gegenseitigen Inanspruchnahme von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Hamburg. Abschlußbericht zu einer Untersuchung des Instituts für soziale Arbeit e.V. Hamburg: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, Amt für Jugend

Schrapper, Christian (2004): Teilhabe ermöglichen. Sozialpädagogische Konzepte für die Aufgaben der Jugendhilfe bei Hilfen nach § 35a KJHG, in: Fegert, Jörg M. / Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 203-207

Späth, Karl (2004): Rechtliche Grundlagen für die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie im SGB IX, in: Fegert, Jörg M. / Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München: Juventa Verlag, S.499-504

Staub-Bernasconi, Silvia (2007): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis – ein Lehrbuch. Bern [u.a.]: Haupt Verlag (UTB; 2786)

Struck, Norbert / Schröder, Wolfgang (2011): Kinder- und Jugendhilfe, in: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, S. 724-734

Warnke, Andreas / Lehmkuhl, Gerd (2003): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Stuttgart: Schattauer Verlag

Wendt, Wolf Rainer (1995): Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses. Beruf und Identität. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Wiesner, Reinhard (2012): Rechtliche Perspektiven zu den Kooperationsnotwendigkeiten der sozialen Dienste, in: Gahleitner, Silke B. / Homfeldt, Hans G. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste. Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag, S. 234-246

Wiesner, Reinhard (2004): Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII), in: Fegert, Jörg M. / Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 179-183

Wilfing, Heinz (Hrsg.) (1995): Konturen der Sozialarbeit. Ein Beitrag zu Identität und Professionalisierung der Sozialarbeit. Ergebnisse eines Symposiums. 75 Jahre Akademie für Sozialarbeit der Stadt Wien. Wien: WUV-Universitätsverlag

Internetquellen

Beck, Norbert (2010): Zwischen den Systemen: Kinder mit psychischen Störungen, online unter: <http://www.caritas.de/neuecaritas/heftarchiv/jahrgang2010/artikel/zwischen-den-systemen-kindermitpsychischens> (Zugriff: 16.01.2014)

Brand, Heike (2014): Professionelles Selbstverständnis und berufliche Praxis von Sozialpädagogen/Sozialarbeitern, Forschungsvorhaben: online unter: <http://www.uni-magdeburg.de/iniew/node/132> (Zugriff: 23.04.2014)

BVKE (Bundesverband katholischer Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfen e.V.) (2010): Diskussionspapier: Kooperation an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zum Stand der Diskussion im BVKE, online unter: http://www.dicvlimburg.de/aspe_shared/form/download.asp?nr=362235&form_typ=115&acid=10B0DD5AA3FF4DB5AD3034ABACD584CDF1B21&ag_id=6319 (Zugriff: 16.01.2014)

BVKE (Bundesverband katholischer Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfen e.V.) (2009): Forumskonferenz III: Kooperation an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie – Zum Stand der Diskussion im BVKE, online

unter:

http://www.bvke.de/aspe_shared/form/download.asp?nr=256815&form_typ=115&acid=E09D15F37F114755813522DA7229287BE1D22&ag_id=1645 (Zugriff: 16.01.2014)

DBSH (Deutscher Berufsverband Sozialer Arbeit e.V.) (2014a): Selbstdarstellung des DBSH, online unter: http://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/selbstdarstellung_DBSH-2013-12-29.pdf. Berlin (Zugriff: 07.04.2014)

DBSH (2014b): Selbstverständnis des DBSH, online unter: <http://www.dbsh.de/der-dbsh/ziele/selbstverstaendnis.html>. Berlin (Zugriff: 07.04.2014)

DBSH (2009a): Berufsbild, online unter: <http://www.dbsh-bund.de/html/berufsbild.html>. Berlin (Zugriff: 07.04.2014)

DBSH (2009b): Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V., online unter: http://www.dbsh-bund.de/grundlagenheft_-PDF-klein.pdf. Berlin (Zugriff: 07.04.2014)

DBSH (2005): Definition Soziale Arbeit, online unter: <http://www.dbsh-bund.de/html/wasistsozialarbeit.html>. Berlin (Zugriff: 07.04.2014)

Ebert, Jürgen (2011): Aneignung eines professionellen Selbstverständnisses. Analyse von Modulen zur Habitus- und Identitätsbildung aus Bachelor-Studiengängen „Soziale Arbeit“ in Deutschland, Österreich und der Schweiz, online unter: http://www.hawk-hhg.de/sozialearbeitundgesundheit/media/Professionelles_Selbstverstaendnis.pdf (Zugriff: 09.04.2014)

Fegert, Jörg M. / Besier, Tanja (2008): Heimkinder und andere psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen – Eine Expertise zur Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht, online unter http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/13_KJB_Expertise_Fegert_Besier_psych-belast_Kinder.pdf (Zugriff: 07.05.2014)

IFSW (International Federation of Social Workers) (2014): What we do, online unter: <http://ifsw.org/what-we-do/> (Zugriff: 07.04.2014)

RESME (On the borders between Residential Child Care and Mental Health Treatment) (2014): Projektpartner-Deutschland, online unter: <http://www.resme.eu/partners/germany/> (Zugriff: 16.06.2014)

ZBFS (Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt) (1990): Gemeinsames Positionspapier der Jugendministerkonferenz und Gesundheitsministerkonferenz vom 13. August 1990: Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, online unter: http://www.blja.bayern.de/themen/erziehung/menschen/TextOffice_Jugendpsychiatrie.html (Zugriff: 07.12.2013)

8 Anhang

Eidesstattliche Erklärung

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

Ort, Datum Unterschrift

Transkripte der RESME – Interviews

1.

Interviewteilnehmer/in: zwei Mitarbeiterinnen

Ort, Datum: 19.04.2013

Ausbildungshintergrund

A: Erzieherin, Kontaktstudium Jugendwohnung (verkürztes Sozialpädagogikstudium), zweijährige systemische Weiterbildung, Heilpraktikerin

B: Studium Grund- und Mittelstufenlehramt, Abschluss: Erstes Staatsexamen, aktuell in der zweijährigen systemischen Weiterbildung

Professionelle Erfahrungen

A: Gute Erfahrungen mit dem Willemsstift. Es gibt immer mehr psychisch auffällige Kinder, da es immer mehr psychisch kranke Eltern gibt. Kinder und Jugendliche haben immer mal wieder kurze oder längere Aufenthalte im Willemsstift, was gut funktioniert. Die Geschwindigkeit der Aufnahme könnte besser sein, es dauert viel zu lange, bis die Aufnahme erfolgt. Willemsstift hat große Bereitschaft Auskunft zu geben und ist auch an der Meinung der MitarbeiterInnen im Internationalen Bund interessiert. Es besteht ein Miteinander. "Unsere Profession ist immer da zu Ende wo Therapie beginnt. Dann schalten wir, je nachdem, unterschiedliche Sachen ein, da sehen wir auch eindeutig unsere Grenze, das können wir nicht leisten." Hauptaufgabe der Einrichtung ist die Tagesstruktur.

Typische Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Berufsalltag

A: Kinder wecken, Frühstück zubereiten, Schulbesuch sicherstellen, Hausaufgaben, Gespräche mit Lehrern, Supervision, kollegiale Beratung, Fallbesprechung, Fallarbeit

B: Elternarbeit, viele alltagspädagogischen Aufgaben, abzuschätzen welche therapeutischen Bedarfe es darüber hinaus noch gibt.

Was Erfahrungen haben Sie mit Kindern und Jugendlichen aus Heimen?

B: Es handelt sich hier um eine Wohngruppe nach § 34 und machen 24-Stunden Betreuung, das Wort Heim wird so nicht mehr benutzt.

Was macht Ihren Beruf aus?

A: Tägliche Überraschungen, Flexibilität ist wichtig. Es gibt keinen eindeutigen richtigen Weg

B: Es geht um den Austausch, und die Betrachtung jedes Einzelnen. Wie kann ich an den einzelnen Jugendlichen herankommen.

Inwiefern sehen Sie ihren Beruf als Profession?

A: Existenzsicherung, es wird nicht langweilig

B: Vielfältigkeit, "man weiß nie, was einen erwartet"

Wie würden Sie den eigenen Beruf zu anderen Professionen abgrenzen?

A: Es hat ein Wandel stattgefunden, weg von der Pädagogik hin zur Dokumentation. Diese Verschriftlichungen sind ein Zeichen der Professionalisierung, sie nehmen jedoch auch Zeit ein (50% der Zeit), die sonst in die pädagogische Arbeit investiert werden würde.

Welche Fähigkeiten und Fertigkeiten tragen zu einer gelingenden Kooperation bei?

A: Die Bereitschaft beider Systeme zusammenzuarbeiten, im Austausch zu sein, so dass sich keiner angegriffen oder abgewertet fühlt in der eigenen Arbeit. Offenheit gegenüber den Dingen, die bereits versucht wurden und gegenüber den Dingen, die bisher nicht funktioniert haben, so dass eine Maßnahme gefunden werden kann, die besser greift. "Man darf nicht so von sich eingenommen sein, dass man denkt, man kann jedem helfen." Manchmal ist ein Wechsel der Einrichtung von Vorteil. Manche Interventionen gelingen nicht. Guter, schneller Austausch, "nicht hintenrum, sondern direkt".

B: "Es sollte nicht darum gehen, wer ist der bessere Helfer in diesem System". Es sollte klar sein, dass beide Systeme auf Grund der Person, um die es geht, zusammenarbeiten und den Klienten haben sich beide Systeme zu kümmern. Eine gewisse Transparenz ist wichtig.

Welche Kompetenzen fehlen oft für eine positive gelingende Zusammenarbeit?

A: Erreichbarkeit ist häufig schwierig, im Schichtdienst sind in beiden Systemen MitarbeiterInnen häufig nicht erreichbar. Als Folge ändert sich die Ansprechperson häufig, daher ist die Kommunikation nicht so einwandfrei, als wenn feste Ansprechpersonen im Kontakt wären. Zu viele Menschen (Jugendamt, Vormund, Eltern z.B.) können auch zu Problemen in der Kooperation führen.

B. Im Schriftverkehr kann viel schief laufen, Formulierungen können zu Missverständnissen führen. Wenn schriftliche Vereinbarungen nicht eingehalten werden.

Wie wird durch ihre Organisation unterstützt oder verhindert?

B: Unterstützt dadurch, dass der Internationale Bund sich an die KJP wendet, dadurch entstehen die Kontakte.

A: Zeit nehmen, um die Jugendlichen/Kinder zur KJP zu bringen, Zeit nehmen für Gespräche, Auskunft geben, Berichte schreiben.

Wer leitet multiprofessionelle Treffen?

A: Das Jugendamt ist fallführend, sobald sie involviert sind. Die Einladenden leiten das Gespräch. Kontext ist wichtig.

Was bringt die Kooperation aus organisatorischer Sicht voran?

A: Dienstplangestaltung, Zeit finden in die KJP zu erfahren

Was hindert die Kooperation aus organisatorischer Sicht?

B: Termine passen manchmal nicht oder Kollegen werden krank. BezugsbetreuerInnen stehen nicht immer zur Verfügung um in die KJP zu fahren.

Praktische Erfahrungen mit dem anderen System?

A: Praxis Forster und Schlüter schrieb die Einrichtung nach der Eröffnung ihrer Praxis an und vereinbarte eine Kooperation (geringe Wartezeiten).

B: Diese Praxis hat sich jeden Fall speziell angeguckt und daraufhin passende Optionen der Weiterbehandlung vorgeschlagen, aber auch gewartet, wie sich ein Fall entwickelt. Das hat gut geklappt.

B: Viele der niedergelassenen Therapeuten waren jedoch weniger transparent, haben wenig bis gar nichts erzählt. Keine Berichte für den weiteren Verlauf geschrieben. Häufig keine handlungsleitenden Informationen für die MitarbeiterInnen des Internationalen Bundes. Insgesamt wurden alle Formen von Erfahrungen gemacht. Bei manchen Therapien niedergelassener Therapeuten fragt die Mitarbeiterin sich, was bringt diese Therapie, ist der

Aufwand gerechtfertigt. Das wird in Fallbesprechungen besprochen.

A: Andere Ansichten können ein Problem darstellen, z.B. hat eine Therapeutin sich in einem Fall nicht professionell verhalten, sie wollte einen Jungen "am liebsten adoptieren" und dies stand einer professionellen Therapie im Weg. Die MitarbeiterInnen des Internationalen Bundes schätzten den Fall so ein, dass der Junge in den Wilhelmsstift müsse, die Therapeutin nicht. Im Endeffekt haben die MitarbeiterInnen sich gegen die Therapeutin und für den Wilhelmsstift entschieden, dort ist er heute. "Wir wollten nicht gewinnen, wir wollten nur, dass die sich den angucken, denn wir hatten schon den Bruder, der war schon über die Klinge gesprungen."

Good Practice

B: Die Praxis Forster und Schlüter sind unterstützend tätig geworden, haben beispielsweise den Wilhelmsstift in dringenden Fällen auch noch direkt angesprochen, so wurden Wartezeiten verkürzt. Man kam mit der Praxis schnell in Austausch, Termine ohne lange Wartezeiten, der Internationale Bund war Teil des Hilfeplans. Es gab einen festen Ansprechpartner, eine email Adresse, Erreichbarkeit, höhere Bereitschaft. Es gab eine Einigkeit, im Sinne des Klienten. Gute Dokumentation, haben die Eindrücke der MitarbeiterInnen im Internationalen Bund ernst genommen. Ernsthafter Austausch und Tips. "Sich ernst genommen fühlen und nicht alleine gelassen werden, denn das passiert oft in der Sozialen Arbeit, dass man mit seinen Fällen ganz alleine ist und das hat man im Wilhelmsstift bzw. bei Forster und Schlüter nicht, dort wird man nicht alleine gelassen." Gute Erfahrungen mit Drogenambulanz im UKE, sehr verbindlich, sehr hartnäckig. Bad Bramstedt war der Kontakt sehr wertschätzend (Essstörung).

Was sind Erwartungen an die andere Seite?

A: "Der Traum ist immer, dass es so ineinander greift." Die KJP sollte nicht die Endstation sein, die Arbeit des Internationalen Bundes sollte dort ansetzen, wo der Aufenthalt in der KJP aufhört, auf dem "richtigen Weg", hierzu brauchen die MitarbeiterInnen Orientierung und Anleitung, unterstützend in der täglichen Arbeit. "Was mache ich, wenn der das macht, wie groß ist mein Risiko bei Suizid?" Handlungsvorschläge, Leitlinien. Die Kooperation sollte so bestehen, dass die MitarbeiterInnen anrufen können und um Rat fragen können. Es sollte nicht immer gleich um die Kostenübernahme gehen. Ein einfaches Telefonat oder Besuch wird nicht abgerechnet, aber das ist schwierig. Es sollte Wege geben, dass das möglich ist ohne dass es für eine Partei finanzielle Nachteile gibt.

B: Nachhaltigkeit. Wiederholte Treffen, nicht alleine gelassen zu werden mit dem Fall. Feste Kooperation wäre ein Wunsch, mit einem festen Ansprechpartner für die Einrichtung im Wilhelmsstift. Zusammensetzen ist wichtig. Aufenthalt im KJP ist nicht immer notwendig. Das Anliegen eint die Parteien, das sollte grundlegend für die Kooperation sein.

Was ist der Nutzen einer guten Zusammenarbeit?

A: Nur dann ist wirksame Hilfe für den Klienten nötig. Durch die immer häufiger auftretenden psychischen Probleme bei Kindern, ist der Internationale Bund auf therapeutische Hilfe für ihr Klientel angewiesen, "um wirklich nützlich zu sein und nicht nur zu verwalten". Therapeutische Arbeit ist in der täglichen Arbeit nicht machbar, dazu sind es zu viele Kinder und Jugendliche.

Wunsch für Zusammenarbeit?

B: Zugriff auf Hilfen, feste Ansprechpartner, Erreichbarkeit, Zuverlässigkeit, Gemeinsamkeit, Geschwindigkeit (halbes Jahr Wartezeit ist zu lang). Es sollte Priorität anerkannt werden. Hier

sollten die Dringlichkeitsgebote der MitarbeiterInnen des Internationalen Bundes ernst genommen werden.

A: Es sollte nicht über Kosten diskutiert werden, wenn etwas notwendig ist, sollte es bewilligt werden. Zuständigkeit sollte wahrgenommen werden, wenn eine Notwendigkeit besteht. Zum Beispiel eine Reittherapie sollte nicht so lange diskutiert werden, bis der Klient keine Lust mehr hat.

2.

Persönliche Angaben

Pädagogische Leitung – stationäre Erziehungshilfen Hamburg

Tischlerlehre, Erzieherausbildung, theologische Zusatzausbildung, Studium Sozialpädagogik

Ambulante Hilfen, als Erziehungshelfer mit Kindern gearbeitet, die aus der Not heraus in die Heimerziehung/Erziehungshilfen gekommen sind, da das System nicht funktionierte. Erste Berührungen mit Jugendhilfe und Heimerziehung.

Wohnt mit seiner Frau in einer selbstgegründeten familienanalogen Wohngruppe. „Jede Berührung, die ich jetzt habe mit Kindern und Jugendlichen ist immer eine Berührung mit Familienhilfe und Heimerziehung. Immer.“

Berufliche Erfahrung im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen aus Heimen

Betreuung der Kollegen und Mitarbeiter der eigenen Einrichtung, Kontakthalten zu den Jugendämtern und anderen Einrichtung (Therapieeinrichtung, Krankenhäuser, Ämter). Für die Belegung der 9 Einrichtungen zuständig.

Die Probleme der Kinder und dass sie nicht mehr zu Hause leben können, liegt in der Regel zu 90% an den Eltern. Das Grundgesetz schützt die Familie und darum muss so lange gewartet werden, bis das Kind in den Brunnen gefallen ist damit reagiert werden kann und darf. Es muss früher aktiv geworden werden, Familienhilfen installiert werden, damit jeder in der Familie bleiben kann.

Berufliche Identität

Mit anderen Menschen versuchen gemeinsam ein Ziel zu finden, das für alle gut ist. Es muss viel Verantwortung übernommen und getragen werden. „Man darf es sich nicht zu Herzen nehmen, wenn es mal schief geht aber man muss es sich zu Herzen nehmen wenn man nicht alles getan hat.“

Die Profession daran ist, dass wenn man sich entschieden hat den Weg beruflich zu gehen man dranbleiben muss und nicht daran kaputt gehen darf.

Starke Abgrenzung zu anderen Berufen, wie z.B. Bankkaufleuten, nicht durch weniger Verantwortung sondern durch Gehaltsstufe. Ein höheres Gehalt für alle Sozialarbeiter würde guttun.

Kooperation

Gelingensbedingungen

„Das wichtigste ist, dass man das will.“

Man muss gemeinsam an einem Strang ziehen und die gleichen Ziele verfolgen. Es muss über den Tellerrand geschaut und in Kooperation mit eingestiegen werden.

Ausreichend Zeit muss vorhanden sein, man muss engagiert sein, es muss klar sein was auf einen zukommt (Zeitumfang, Budget, Struktur, etc.)

Woran scheitert es?

Ohnehin viel Arbeit, Kooperation kommt zusätzlich oben drauf. „Entscheide ich mich für eine Kooperation, muss ich von ganzem Herzen dabei sein.“

Viele Kooperationen scheitern, weil die Zeit nicht da ist. „Etwas richtig, richtig Gutes kommt nur heraus, wenn die Zeit dafür da ist. Und die haben wir nicht.“

Es gibt außerdem zu wenige Therapeuten, Psychiater und Ärzte, so dass lange Wartezeiten entstehen. Bis es zur Therapie kommt wird ein Großteil der Problematik bereits von der Einrichtung aufgefangen. Es muss erst etwas Schlimmeres passieren (wie z.B. Selbstverletzung), damit das Kind eine sofortige Behandlung bekommt.

Organisation

Vorhanden: Eine offene, stärkende Haltung des Chefs. „Jedes Treffen, mit Jemandem, das uns voranbringt kann auch zum Vorteil für die Kinder genutzt werden.“ Die eigene Bereitschaft, so wie die Freiheit des Arbeitgebers zum Weiterentwickeln muss vorhanden sein.

Schwierig: Es gibt keine regelmäßigen, multiprofessionellen Treffen um sich zu Vernetzen. Es wird keine Zeit für Kooperation eingeräumt.

Erfahrungen in der Kooperation

Infragestellung der sozialarbeiterischen Kompetenz durch den Arzt. Nachdem er ein Kind aufgrund eines Ausrasters in die Psychiatrie gebracht hat war die Frage, woran er als Sozialarbeiter erkennen könne, dass ein Psychiatrieaufenthalt angemessen sei.

Ansonsten gute Erfahrung mit der Zusammenarbeit mit Ärzten und Psychologen. Hat eine feste Kinderärztin, die seine Sicht und Bemühungen ernst nimmt, mit der immer eine gute Kooperation gelingt.

Nutzen der Kooperation

In erster Linie geht es um das Wohl der Kinder. „Wenn man es so hinkriegt, dass am Ende dabei rauskommt, dass es für das Kind in Ordnung ist woanders zu leben und es sagt ich hab zwar Mama und Papa aber das ist jetzt mein zu Hause, dann ist es ein toller Nutzen für die gute Zusammenarbeit.“

Wünsche und Erwartungen

Individuellere Behandlungs- und Therapieansätze, und nicht immer nur dieselben 3 Therapieformen. Es muss konkreter auf die einzelnen Bedürfnisse der Kinder eingegangen werden.

Die Sozialarbeiter haben kein Sorgerecht für die Kinder, also auch keine Berechtigung über eine ärztliche Behandlung zu entscheiden. Darum muss sich immer eine Sondergenehmigung von Vormündern oder Eltern eingeholt werden um mit dem Kind zum Arzt gehen zu können. Ärzte und Therapeuten müssen das Jugendhilfesystem in Deutschland kennen um mit dem Erzieher auf Augenhöhe kommunizieren zu können um Auskunft zu geben und Information einzuholen.

Ein Ideal wäre eine Kinder- und Jugendpsychologin in der eigenen Einrichtung, die u.a. Tipps geben kann wie man Kinder betreut. „Etwas Besseres könnte uns nicht passieren.“ Das System muss besser vernetzt werden.

Therapie und Soziale Arbeit sollte schon in der Ausbildung miteinander verbunden werden. Ein Wunsch ist außerdem, dass weniger Therapie benötigt wird.

Erwartungen der Anderen

Hilfepläne, Schweigepflichtentbindung, Berichte, Namen, Telefonnummern und Adressen der wichtigsten Leute, gesammelt da haben. Die Weitergabe von den wichtigsten Informationen.

Sicht der Kinder und Jugendliche

Hat oft Mitleid mit den Kindern und Jugendlichen.

Fallbeispiel: Ein Hilfeplangespräch mit 8 Erwachsenen und einem 11-jähriges Mädchen, das gleich zu Beginn gebeten wurde zu erzählen wie es ihr gehe. Sie hat kein Wort gesagt und sich sehr unwohl gefühlt. Fremde Menschen, die etwas von den Kindern wollen, die eigentlich nur in Ruhe gelassen werden wollen.

3.

Persönliche Angaben

Dipl. Sozialpädagoge, Dipl. Religionspädagoge

Pädagogische Leitung – stationäre Erziehungshilfen Hamburg

Jahrelang Tätig beim ASD / Jugendamt
Wechsel auf die Trägerseite „Spectrum“

Berufliche Erfahrung im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen aus Heimen

In der Einrichtung wird immer wieder durch das Beziehungsangebot an die eigenen Grenzen gestoßen. Wenn das Beziehungsangebot an die Grenze stößt aber die Beziehung vorhanden ist, dann brauchen sie andockend therapeutische Hilfe. „Ohne Bindung kann auch keine Therapie greifen.“ Das Kind braucht eine sichere Rückbindung, dass es wieder gestärkt in die Einrichtung gehen kann.

Es ist beeindruckend und bewundernswert was für eine starke Resilienz von den Kindern mitgebracht wird und wie gut Dinge vernarben können, sodass sie in ihrem Alltag bestehen können.

Berufliche Identität

Als Leitung hohe Verantwortung, dass Personal da ist, Mitarbeiter geschult und qualifiziert sind. Kontakthaltung zu den Ämtern. Gespräch aufsuchen wenn Gefühl besteht, dass mehr getan werden muss. Wirtschaftliche Verantwortung, Kontrollfunktion (Einhaltung von Kinderschutz in den Einrichtungen, Partizipation – Wie können die Kinder und Jugendlichen in Entscheidungen mit einbezogen werden?). Dafür ist die Leitung alle 2 Wochen zur Dienstbesprechung in den Einrichtungen präsent sowie bei allen Hilfeplangesprächen. Charakteristisch und Voraussetzungen für diesen Beruf sind Flexibilität, eine hohe Auffassungsgabe, Wortgewandtheit und ein Verständnis für Zahlen.

Profession: Das Kind darf nicht aus dem Blick verloren werden. Kein Wirtschaftsbetrieb, der sich mit Zahlen abbilden lässt. Eine Stärke ist Nestwärme, bei der vielmehr ein Menschenbild / Weltbild in vielen Gesprächen mit den Mitarbeitern pädagogisch entwickelt werden muss. Regelmäßige grundsätzliche Schulungen der Mitarbeiter in Fragen, wie z.B. Wie geh ich an einen Menschen heran? Wie seht ihr dieses Kind? Wie werte ich das Verhalten?

„Dafür muss man Pädagoge in dem Betrieb sein und kein BWLER.“

Kooperation

Gelingensbedingungen

Mitbringen einer Fehlertoleranz sowie das Verständnis für einen anderen Blickwinkel des Gegenübers, dem das selbst verhaftete System nicht bekannt ist.

Woran scheitert es?

Hohes Maß an persönlicher Kränkbarkeit. Unverständnis von Seiten der Psychologen, was die Pädagogen täglich mit einigen Kindern und Jugendlichen aushalten und welche Dringlichkeit für konkrete Hilfe dahinter steht. Der Psychologe weiß und versteht nicht unter welchen Zwängen die Pädagogen arbeiten müssen. „Und dann kommt da irgendein Psychologe und sagt: ‚Nee, wir sind voll, warten sie mal. So schlimm kann es gar nicht sein.‘“

Erzieher und Pädagogen, die sich übergangen fühlen, von Ärzten und Psychologen, die eine eigene Fachsprache sprechen, die für andere schwer zu verstehen ist. Ein Gefühl von Abwertung und Hierarchie und übergangen werden.

Es muss sich gegenseitig verstanden werden und die Dinge in der richtigen Sprache wiedergegeben werden. „Es muss sich auf Augenhöhe begegnet werden.“

Für das Kind sind beide Seiten Experten mit unterschiedlichen Blickwinkeln (Lebenspraxis und Psychologie). Dann können auch Kleinigkeiten besser verkräftet werden. Die Mitarbeiter wollen aus der pädagogischen Sicht abgeholt werden und nicht auf einer hierarchischen Ebene mit dem „Halbgott in Weiß“ kommunizieren.

Organisation

Vorhanden: Übergeordnete Funktion, Unterstützung bei Anträgen,

Schwierig: Wenig Kontakt zu den Psychiatrien, wenig vor Ort in der Praxis, dafür aber die Mitarbeiter. Unterschiedliche Berichtswesen der Mitarbeiter. Es gibt kein einheitliches Schema, sodass Freiheit für Schreibstil und Schwerpunktsetzung gegeben ist. Sehr subjektiv. Keine Klärung der Begrifflichkeit wie bei den Medizinern, was bei den Ärzten zu Unklarheit führen kann.

Führung und Verantwortlichkeit

Es gibt nur ganz wenige Regelung bezüglich multiprofessioneller Treffen. Wenn, dann Leitung durch den ASD.

Erfahrungen in der Kooperation

Positiv: Entgegenkommen vieler Institution durch Geschwisterregelung

Sehr gute Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und dem UKE bei einem speziellen Fall, Arbeit auf Augenhöhe mit Schule und Polizei. Wertschätzendes, angenehmes Arbeiten trotz gewisser Brisanz.

Gelungene Zusammenarbeit mit dem WOI. Es gab für 2 Kinder eine sehr schnelle Diagnostik und es wurde sich von dem Arzt viel Zeit für die Kinder sowie die Mitarbeiter genommen. Am Ende gab es ein passgenaues Angebot für die Kinder.

Negativ: Lange Wartezeiten auf Psychiatrieplätze, Hohe Anspannung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrien, sodass Berichte vom „Band abgespielt werden“ müssen. Da kommt die Frage auf, ob der Bericht mit Blick auf das Kind verfasst wurde oder nur der Name geändert wurde, da die Beschreibung auch hier passen würde. Das ist nicht individuell genug und wird dem Kind nicht gerecht. Gerade wenn Fälle vor das Gericht gehen.

Keine Unterstützung bei einem jugendlichen akut fremdgefährdenden Jungen. Obwohl auch nachts häufiger beim JPD und SPD angerufen wurde weil sie sich nicht mehr zu helfen wussten. Es wollte jedoch keiner eingreifen solange er „nur“ einrichtungsintern fremdgefährdend war.

Nutzen der Kooperation

Langjähriger Lerneffekt für die Mitarbeiter

So kann man dem Kind die richtige Dosierung an Hilfe zukommen lassen -> Höherer Erfolg

Wünsche und Erwartungen

Übersetzung Erzieherisch – Medizinisch, Medizinisch – Erzieherisch, sodass auch der Erzieher ein Verständnis für die Diagnose des Kindes bekommt

Herstellen von Messbarkeit, z.B. das Führen einer Strichliste über Wochen/Monate, wann das Kind ausrastet

Für den Erzieher durch die Ärzte etwas zum festhalten in Extremsituationen, wie z.B. die Vergabe von Homöopathischen Bachblütentropfen

Begleitende Therapie soll an dem Ort sein, an dem auch die Diagnostik stattgefunden hat, sodass es in einer Hand bleibt

Tiefgreifende Diagnostik mit langjähriger Behandlungsplanung

Die Frage klären, was die Person braucht, die mit dem Kind lebt. Z.B. Der Umgang durch die Mitarbeiter, wenn das Kind von der Ergotherapie zurück in die Einrichtung kommt. Wie viel darf Einfluss genommen werden? Was soll man machen, wenn das Kind sich weigert zu Therapie zu gehen? „10 Do's and Don'ts für Kinder, die in Therapie sind.“

„Erzieherabend“, sodass alle Fragen an die Kinder- und Jugendpsychiatrie gestellt werden können. Abläufe und Räumlichkeiten können vorgestellt werden. Genauso umgekehrt, dass die Ärzte und Psychologen in die Einrichtung kommen und z.B. die Zimmer der Kinder sehen können. Im Austausch stehen und evtl. gegenseitig Tipps geben.

Erwartungen der Anderen

Zurückspiegeln was für Veränderungen der Kinder und Jugendlichen wahrgenommen werden. In Kenntnissetzung wie das Kind zur Therapie kommt und in welcher Verfassung es sich befindet.

Sicht der Kinder und Jugendliche

Starke Unsicherheit von Seiten der Kinder. Die Frage „Was kommt auf mich zu?“ Kann durch Mitarbeiter nicht beantwortet werden.

Ergänzung

Es fällt auf, dass die Auffälligkeit der traumatisierten Kinder immer heftiger wird. Durch Kostendruck verbleiben die Kinder länger in ihren Familien, was zu einer höheren Traumatisierung führt bis sie in der stationären Jugendhilfe aufgenommen werden. Teilweise auch Traumatisierung durch das System selbst erfahren.

4.

Interviewteilnehmer/in: Leiter

Ort, Datum: 11.04.2013

Ausbildungshintergrund

Diplomsozialarbeiter/Diplomsozialpädagoge.

Professionelle Erfahrungen

Gelernter Hotelkaufmann, vier Jahre Bundeswehr, Abitur in Harburg auf dem zweiten Bildungsweg nachgeholt, in Braunschweig studiert. Seit 1983 tätig in der stationären

Jugendhilfe/Kinderheimen. In der Vergangenheit Leitung einer anderen Einrichtung inne, daraufhin mit damaliger Lebensgefährtin/jetziger Frau die aktuelle Einrichtung aufgebaut.

Typische Aufgaben oder Abläufe im Berufsalltag

In den Anfängen war das Beekenhaus eine als Erziehungsstelle konzipiert, die drei Jugendliche über eine andere Einrichtung betreute. Beim Ausbau kam durch die Heimaufsichtsbehörde der Gedanke auf, eine stationäre Jugendeinrichtung aufzumachen. Am 24.12. wurde die Betriebserlaubnis erteilt. "Eigentlich alle Aufgaben, das geht hier von Lampen eindrehen, kleinen Reparaturen, bis Betreuungsaufgaben, da wir einspringen, wenn ein Betreuer ausfällt". Acht Jahre haben der Befragte und seine Frau in der Einrichtung gewohnt, vor vier Jahren sind sie weggezogen und haben die Einrichtung erweitert von sechs auf neun Plätze. Alle Aufgaben werden von beiden wahrgenommen, seine Frau ist jedoch "die Seele des Hauses", beispielsweise hat sie das Haus eingerichtet, er übernimmt als Hauptaufgabe den wirtschaftlichen Bereich, aber auch im pädagogischen Bereich ist der Befragte tätig, beispielsweise in Gruppengesprächen mit den Kindern, Frühdiensten. Ein Schwerpunkt seiner Arbeit ist die Kommunikation mit Institutionen wie den Schulen, sowie Aufnahme der Kinder bzw. Kontakte mit dem Jugendamt.

Was macht ihren Beruf aus?

Wie man die Entscheidung trifft in diesem Berufsfeld zu arbeiten zu treffen, ist etwas worüber sich alle im Haus Beeken Tätigen häufig Gedanken machen, bzw. was auch Thema in Einstellungsgesprächen ist. "Die Bezahlung in diesem Berufsfeld ist schlecht, die Dienstzeiten sind blöd, im Grunde genommen belächeln uns auch alle und in der freien Wirtschaft könnte man also ein Vielfaches an Geld verdienen, also es muss ja was sein, was uns fasziniert, also für mich persönlich an meiner Tätigkeit ist das Tolle, die ist vielfältig, ich könnte nicht acht Stunden am Schreibtisch sitzen, ich könnte aber auch nicht acht Stunden in Bewegung sein und das heißt, dadurch, dass ich auch als Geschäftsführer und Heimleiter im Grunde genommen auch beweglicher bin und nicht in einem ganz so engem Dienstrahmen, konnte ich heute zur Werkstatt fahren zur Inspektion des Buses, dann mache ich das Bankgeschäft, dann hab ich heute morgen schon die Rechnungen ans Jugendamt geschrieben, ich war beim Steuerberater, die Unterlagen einer neuen Mitarbeiterin abzugeben und jetzt komme ich direkt aus der Berufsschule, weil ein Junge Unterlagen nicht abgegeben hat und ich so vermeide, dass der eine sechs kriegt, so habe ich das mit dem Lehrer so weit geregelt, dass er noch seinen Hauptschulabschluss kriegt. Wir lassen keinen fallen." Darüber hinaus gibt es "diese Spannung im Zusammenwirken mit den Kindern. Auf der einen Seite könnte man sich aufregen, wenn Sie etwas klauen, wenn sie ihr Taschengeld für Alkohol ausgeben und wir verstehen das eben mehr als Hilferuf, um dann nochmals genau nachzufragen, was ist denn eigentlich los. Und das ist das Spannende, man ist mal weiter weg von den Kindern und dann auch wieder mal dichter dran und das ist so ein Wechselspiel, das unsere Arbeit nie langweilig wird, mir müssen auch aufpassen, dass wir uns auch abgrenzen in manchen Situationen nicht umzukippen." Hierbei ist es wichtig Burnout zu verhindern, Abgrenzung spielt eine Rolle, auch der Dienstplan ist so gestaltet, dass keine langen Dienste vorkommen und dass MitarbeiterInnen nicht mehr als fünf Tage hintereinander arbeiten, Freiräume sollen bestehen bleiben zwischen den Diensten, hierbei steht die Gesundheit aller im Vordergrund. Momentan sind alle Stellen besetzt, was im Hinblick auf herrschende Knappheit an MitarbeiterInnen im sozialen Bereich eine positive Ausnahme darstellt. Um Freiräume für alle MitarbeiterInnen gewährleisten zu können, springt der Befragte auch selber bei Diensten ein, damit die Belastung für alle im Rahmen bleibt. Vermieden werden sollten belastende lange Schichten, besonders wenn MitarbeiterInnen in Krisenzeiten länger arbeiten als vorgesehen.

Inwiefern würden Sie ihren Beruf als Profession beschreiben und/oder abgrenzen zu anderen Professionen?

"Profession ist bei mir schon auf Grund meines Alters gegeben, dass die Jungen sehen mich hier nicht mehr als Vater, sondern als Opa, daher kann ich auch mal der Gute sein und ich kann aber auch auf Grund meines Alters eine Autorität darlegen, die anders angenommen wird. Ich werde von den Kollegen gerufen, um die eine oder andere Situation zu schlichten." Die Berufserfahrung in verschiedenen Feldern, unter anderem acht Jahre in der Drogenberatung mit Erwachsenen in Hamburg, fließt in die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen ein. In Bezug auf Drogen kann der Befragte beispielsweise erkennen, wann Handlungsbedarf besteht und wann eher Fachlichkeit in der Arbeit mit den Jugendlichen gefragt ist. "Fachlich heißt auch, dass wenn man nicht weiter weiß, dass man dann Fachleute dazu zieht." Im psychologisch-therapeutischen Bereich arbeitet das Beeken Haus mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie Rothenburg zusammen.

Welche Fähigkeiten und Fertigkeiten tragen dazu bei, dass eine Kooperationen gelingt? In der Kooperation mit der KJP ist es wichtig, dass die Kinder den Therapeuten annehmen können. Mit sehr jungen Psychologen läuft es manchmal nicht so gut, beispielsweise Gruppengespräche verlaufen sehr oberflächlich, was zur Folge hat, dass die Kinder und Jugendlichen des Beeken Haus manchmal sagen "ein bisschen quatschen, das brauche ich nicht". Wohingegen die Arbeit erfahrener Therapeuten sehr hochwertig ist. Qualitative Unterschiede spielen jedoch in allen Arbeitsbereichen eine Rolle. Für den Befragten stellt sich die Frage, wie er zu reagieren hat, wenn in der Begleitung eines Jungen zu einer therapeutischen Sitzung, der Eindruck entsteht, dass das Gespräch an der Oberfläche bleibt, obwohl es ein Thema gibt, das "sollte tiefer gehen". Hierbei ist nicht immer klar, ob es sein Anspruch ist oder der des Jungen, wobei für ihn in diesem Fall auch eine Beratung ohne den Jungen ausreichen würde. In Rothenburg und im Beeken Haus gibt es feste Ansprechpartner, in Rothenburg ist das Herr Meier, ein älterer Psychologe, dessen "lockere Art" gut ankommt. Der gute Eindruck wird unter den Jungen auch weitergegeben Diese Art von festen Ansprechpartnern machen Sinn, da so die Geschichte der Einrichtung nicht immer wieder aufs neue erzählt werden muss.

Welche Kompetenzen fehlen oft für eine positive/gelingende Zusammenarbeit?

Rothenburg bietet Fortbildungsprogramme an, die MitarbeiterInnen nehmen jedoch häufig aus Zeitmangel an diesen nicht teil, langsam ändert sich dies. Fehlende Aufnahmekapazitäten der Klinik sind ein Problem. Eine stationäre Aufnahme in der Klinik reduziert sich auf Selbst- und Fremdgefährdung und schließt alles andere aus. Das kann problematisch sein.

Beispielsweise gab es zu Beginn der Einrichtung einmal einen Jungen, der mit Eisenstangen durch die Tür ging, um seine Zigaretten aus dem Bereitschaftszimmer herauszuholen, er war damals "völlig wirr und völlig daneben". Damals gab es die Kooperation mit Rothenburg noch nicht, deshalb musste der Befragte nach Lüneburg fahren, saß dort nachts sechs Stunden im Wartezimmer und wurde dann mit der Aussage, es läge keine Selbst- und Fremdgefährdung vor, abgewiesen. Das hat den Befragten damals "sauer" gemacht, weil keine Bereitschaft zur Unterstützung oder Hilfestellung von Seiten der Klinik da war. Am nächsten Tag hat der Jugendliche die Frau des Befragten angegriffen und zu Boden gerissen. "Das ist halt auch so, wir kennen unsere Pappenheimer und da denke ich einfach, könnten Mitarbeiter aus der Psychiatrie auch drauf zurückgreifen, da haben wir nicht die entsprechende Anerkennung von denen, da wird uns die Fachlichkeit aberkannt und nicht gesehen 'der kennt den, der lebt drei Jahre mit dem zusammen, der muss eigentlich wissen, wie der tickt, machen wir das mal'."

Organisatorische Eben, wie unterstützt ihre Einrichtung die Zusammenarbeit?

Fortbildungen besuchen in der Zukunft. Austausch an Informationen anhand eines Kooperationsbogen, der erarbeitet wird, anhand von Informationen beispielsweise der Eltern oder Jugendämtern. Manche Informationen kriegt das Beeken Haus einfach nicht, beispielsweise in einem aktuellen Fall, versteht ein Elternpaar nicht, worauf die Fragen im Fragebogen abzielen, hier versucht der Befragte Übersetzungsarbeit zu leisten. Häufig sind auch die Jugendämter damit überfordert Anamnese-Berichte herzustellen, sondern die Priorität ist eine schnelle Unterbringung.

Wer leitet multiprofessionelle Treffen?
Immer Mitarbeiter aus der KJP.

Was bringt die Kooperation voran, was sind Schwierigkeiten und Hindernisse?

Voran bringen

Die verabredete Struktur, die mit Herrn Franckel vor Ort erarbeitet wurde, hierunter fallen verabredete Abläufe "nichts ist schlimmer, als es dem Zufall zu überlassen". Struktur ist Hauptthema in der Arbeit, das neue Leistungsangebot ist im Kreis Niedersachsen vorgegeben. Alle Einrichtungen richten sich danach, dadurch wird die Arbeit vergleichbar. Strukturell haben sich neue Aufgaben ergeben, wichtig ist, dass alle Mitarbeiter über die Abläufe aufgeklärt sind.

Hindernisse

Der Alltag oder unsere Bequemlichkeit. Die Aufgaben im Alltag stehen oft im Vordergrund, jeder versucht "den Kopf oben zu halten und auch seinen Dienst gut hinzukriegen und darüber hinaus noch viele Sachen zu machen und dann kommt die Bequemlichkeit rein." Die andere Seite macht Angebote, aber nach zehn Stunden Arbeit ist es schwer an einer Fortbildung teilzunehmen.

Konkrete Erfahrungen gelungener/misslungener Zusammenarbeit?

Ein Junge, der hoch aggressiv war und mehrere Schulwechsel hinter sich hatte, konnte die Gespräche in der KJP nutzen, erst vierwöchig, dann sechswöchig, hieraus ergaben sich konkrete Handlungsschritte. Da er an Übergewicht litt, wurden in diesem Rahmen auch regelmäßige Mahlzeiten, Buchführen und Kontrolle sowie ein strukturierter Tagesplan eingeführt. Der Schulbesuch wurde darauf hin wieder regelmäßiger, im ersten Jahr war er regelmäßig im Time Out Raum, nachher gar nicht mehr. Daraufhin wurden die Gespräche mit der KJP eingestellt, jedoch wieder aufgenommen, als der Jugendliche rückfällig wurde. Diese Zusammenarbeit war sehr positiv, der Jugendliche hat "richtig etwas aus den Gesprächen rausgeholt".

Was erwarten Sie von der anderen Seite?

Eine professionelle Beratung, für die Jugendlichen, aber auch für die MitarbeiterInnen (BezugsberaterIn), sowie für die Elterngespräche. Handlungsschritte, die den Jugendlichen weiterbringen sollten das Ergebnis sein. Es gibt zwar Fallbesprechungen und Supervision (monatlich), aber der Kontakt mit einem externen Profi mit einem anderen Blick ist hilfreich in der Beziehungsarbeit mit den Jugendlichen. Die andere Seite erwartet wahrscheinlich Offenheit. Der Kontakt ist immer ein "Eiertanz", oft kann der Befragte in einem Gespräch mit dem Psychologen im KJP eine gestellte Frage beantworten, sollte er das jedoch tun? Ziel sollte Hilfe zur Selbsthilfe sein, daher hält der Befragte sich zurück, obwohl die Gespräche auch in ihm etwas in Gang bringen. Die Erfahrungen in der KJP erschließen Informationen über die Jugendlichen, die es aufzugreifen gilt und daraufhin zu untersuchen, ob man diese Informationen auch in den hiesigen Handlungsplan aufnehmen kann. Handlungsschritte, die

im Kontakt mit der KJP aufgebracht werden, versucht der Befragte in der Einrichtung weiterzuverfolgen, damit "das nicht stehenbleibt". Die Einheit zwischen KJP und der Einrichtung ist ausschlaggebend.

Wie erleben die Kinder und Jugendlichen die Zusammenarbeit?

"Die sehen das gar nicht so, eher so wie eine Runde quatschen." Die Jugendlichen sind froh, wenn die Zeit abgelaufen ist und spielen lieber Fußball o.ä., den Bedarf sehen die Jugendlichen und Kinder oft nicht. Ein Beispiel ist ein Junge, der Vergewaltigungsoffer ist, die Richterin hat zur Auflage gemacht, dass die Gespräche aus der Psychiatrie in der stationären Einrichtung des Befragten aufgegriffen werden. Dies geschieht auch, aber der Betroffene scheint hier keinen akuten Handlungsbedarf zu sehen, er äußert sich kaum, vielleicht zeigt er einfach seine Empfindungen nicht und "redet um den heißen Brei herum". Der Befragte würde sich hier oft gerne im Gespräch mit der KJP einbringen. Das Verhältnis zur KJP ist "offen", Informationen werden ausgetauscht, aber um das "anzugehen", wünscht der Befragte sich noch mehr Offenheit und Kapazitäten von der KJP, da der Junge weiterhin "unter Spannung steht".

Was wünschen Sie sich für die Zusammenarbeit?

"Das Wiederaufgreifen der Information, die wir einbringen, so dass das nicht ein Alleinspiel von dem Therapeuten, sondern dass das eine gemeinsame Arbeit und Aufgabe von uns allen ist und das vermisse ich wirklich, unsere Informationen werden häufig nicht genügend beachtet." Durch den Kooperationsbogen oder einfach durch die Teilnahme bringt die Einrichtung des Beeken Haus so viele Informationen in den Austausch, nur eine Stunde in der KJP mit zuzuhören, das ist dem Befragten "zu teuer".

Was ist der Nutzen einer guten Zusammenarbeit?

Die Hilfestellung für den Jungen. Häufig sind die Ursachen Schulprobleme, Gewalt in der Familie und Aggressionen sind die Hauptthemen, die die Einrichtung einbringt in die Gespräche. Für die Jugendlichen selber sind diese Themen oft nicht so präsent, sie nutzen stattdessen beispielsweise den Boxsack in der Einrichtung. Der Befragte würde sich wünschen, dass mit "diesen Bewegungen noch eindeutiger gearbeitet wird, so dass denen geholfen wird, so dass sie innerlich mehr Ruhe und Gleichgewicht bekommen." Es gibt keine Mädchen im Beeken Haus, was zur Folge hat, dass die Jungen weniger das Gefühl haben sich profilieren zu müssen. Ressourcen von Mädchen, beispielsweise in der Haushaltsführung, können so nicht ausgenutzt werden, die Jungen machen alles im Haushalt. In der Einrichtung spielt am Wochenende Sport und Erlebnispädagogik eine Rolle, in der Woche gibt es Tagesstruktur, wie Gartenarbeit, Hausarbeit und Zimmer putzen. Die Jungen beschweren sich oft, dass sie keine Zeit für sich haben. Das Gleichgewicht der Jungen steht im Vordergrund, mit dem Ziel, dass diese mit 18 in der Lage sind ihren eigenen Weg zu gehen. Die Vorbereitung, wie Wohnen, Finanzen oder das Beibringen von Kochen, Putzen fällt in den Aktionskreis der Einrichtung. Wohingegen das Psychologische in Zusammenarbeit mit der KJP bearbeitet werden sollte.

Was macht es aus, gut zusammen zu arbeiten?

Die allgemeine Zufriedenheit der Jungen. Für den Befragten ist das positive Feedback der Jugendlichen ausschlaggebend. "Wenn der Junge sagt, 'mensch, da bin ich ja gar nicht drauf gekommen' und wenn der einmal so etwas sagen würde, dann würde ich sagen 'da gehe ich jederzeit wieder mit dir hin'". Es wäre von Vorteil, wenn es eine Überprüfbarkeit geben würde, im Sinne eines Zieles, dass in jeder Sitzung erreicht werden soll, beispielsweise "glücklich sein". Es ist wichtig, dass der Jugendliche am Schluss mit Erfolg aus der Sitzung heraus geht, ein kleines Thema sollte dabei im Vordergrund stehe, das bearbeitet werden

kann. Oft haben die Jugendlichen keine Motivation und Freiwilligkeit entsteht erst dann, wenn die Jugendlichen wissen, es tut Ihnen gut. Am Ende jeden Gespräches sollte "ein a-ha Erlebnis stehen, so dass der Jugendliche weiß, das tut mir gut".

5.

Persönliche

Dipl. Sozialpädagogin

Studium der Sozialpädagogik mit dem Schwerpunkt Psychiatriebezogene Sozialpädagogik
s. 6 Jahren im Rauhen Haus

Berufliche Erfahrung im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen aus Heimen

Bezugsbetreuer System, Fallverantwortlich für ambulante, teilstationäre und vollstationäre Betreuung von Kindern und Jugendlichen.

Es wird individuell auf die Bedürfnisse der Kinder eingegangen. Auf offizieller Ebene Ansprechpartner für die Jugendämtern, Eltern, behandelnden Ärzte, Psychiatrien und Schulen. Zuständig für die Dokumentation und Verfassung von Hilfeplanberichten.

Begleitung der Kinder und Jugendlichen im Alltag (Umgang mit Geld, Arztbesuche, Einkaufen gehen, Körperhygiene). „Als Sozialpädagogin ist man hier ein bisschen Mädchen für alles.“

Berufliche Identität

Sozialpädagogik als Erziehung der Gesellschaft: Begleitung im Alltag, klar abgegrenzt zur medizinischen professionellen Ausrichtung. Medizinisches, psychiatrisches und psychologisches Hintergrundwissen ist zwar vorhanden allerdings in klarer Abgrenzung zur therapeutischen Profession. Oftmals vermischt es sich jedoch im Alltag, bei z.B. bei Gesprächen, die in die therapeutische Richtung gehen können.

Unterstützung, Begleitung und Beratung von Menschen um den Alltag eigenverantwortlich und selbstständig gestalten zu können. Vor dem Hintergrund der Verselbstständigung, dass der Mensch so schnell wie möglich alleine zurecht kommt.

„Hilfe so lange wie nötig aber auch so kurz wie möglich.“

Kooperation

Gelingensbedingungen

offene, regelmäßige Kommunikation, gemeinsame Gespräche mit Therapeuten und/oder Jugendlichen um gemeinsame Ziele zu besprechen/hinterfragen, Schweigepflichtentbindungen, innere Bereitschaft, Wertschätzung gegenüber der anderen Profession

Es liegt an dem einzelnen Engagement des Mitarbeiters ob die Kooperation gelingt
Eigenes Handeln muss hinterfragt und reflektiert werden. Man darf nicht den Anspruch haben alles alleine schaffen zu müssen, es muss auch Hilfe in Anspruch genommen werden.

Woran scheitert es?

Wenn jeder Einzelne sich und seine Arbeit als das Wichtigste sieht, Arroganz, eigenen Gedanken und Tätigkeiten nicht preisgeben wollen

Wenn jeder seinen eigenen Weg geht und nicht über den Tellerrand schaut

Organisation

Vorhanden: halbjährige Gespräche (Runde Tische) mit dem Jugendamt bei dem Zielsetzungen und Zuständigkeiten überprüft werden. Unter Umständen oder auf Wunsch des Klienten können bei diesen Gesprächen auch Lehrer oder Elternteile teilnehmen.

Fachgespräche / Fachaustausche mit Therapeuten werden einberufen

Schwierig: Wenn ein volljähriger Jugendlicher keine Zustimmung zur Schweigepflichtentbindung geben würde, zeitliche Knappheit, Arbeitszeiten passen durch Schichtdienst oft nicht zusammen, individuelle Sprechzeiten von Psychologen um nach einem freien Platz zu fragen, lange Wartezeiten und Wartelisten (gerade bei nicht akut selbst- oder fremdgefährdeten Kindern und Jugendlichen)

Führung und Verantwortlichkeit

Runde Tische werden von der einladenden Kraft vom Jugendamt geleitet.

Erfahrungen in der Kooperation

Positiv: Aus eigenem Interesse auf der Akutstation des UKEs hospitiert. Dadurch hat man sich persönlich kennengelernt und einen Eindruck mit welchen Jugendlichen man wie zusammenarbeitet. Das Engagement zur Kooperation steigt.

Gute Kooperation mit dem SPD, die sind im Notfall für eine Einschätzung vor Ort, im ständigen Austausch z.B. wenn sich Krisen von bestimmten Klienten anbahnen, wird der SPD informiert und „vorgewahrt“

Betreuung einer jungen Frau die fast wöchentlich schwer suizidal wurde. Sie kam ständig zu Krisenintervention auf die Akutstation, wurde zeitnah wieder entlassen. Alle Professionen, die in diesem Fall integriert waren haben sich ihre Ratlosigkeit eingestanden und sind mehrfach und regelmäßig an einen Runden Tisch zusammengekommen. Dadurch konnte gemeinsam hin und her überlegt werden, sodass sie sich stabilisieren konnte.

Nutzen der Kooperation

Liegt ganz besonders auf der Seite der Leute, die betreut werden. Der Hintergrund vor der eine Kooperation angestrebt wird: „Das bestmögliche unterstützende Netzwerk für unser Klientel zu schaffen.“ Mit dem Betroffenen gemeinsam überlegen welches Gesamtpaket für ihn am förderlichsten ist. Das kann Wartezeit verkürzen und Vertrauen schaffen. Eine unmittelbare bestmögliche freigewählte Unterstützung vom Netzwerk. Außerdem wirkt es entlastend auf die einzelnen Professionen.

Wünsche und Erwartungen

Die Zusammenarbeit mit den Kliniken könnte verbindlicher sein, z. B. in Form von schriftlichen Vereinbarungen, dass man sich regelmäßig trifft um ein Klima von kommunikativer Offenheit zu schaffen.

Erwartungen der Anderen

Erwartungen von „Fachfremden“ wie z.B. Chirurgen, dass in einer Wohngruppe Profis arbeiten, sodass keine starken Selbstverletzungen bei den Klienten vorkommen dürfen. „Ja da muss man doch was machen. Jetzt wohnt die schon bei ihnen, warum machen sie dann nichts?“ Jede Krise muss abgewendet werden können.

Erwartungen von Seiten der Schulen, dass wenn die Kinder schon in einer Einrichtung untergebracht sind, sie es dann auch zur Schule schaffen müssen. Dann muss zusammengearbeitet werden, und Zuständigkeiten geklärt werden.

Da die Wohngruppe stark auf die ärztliche Einschätzung angewiesen sind muss von den Pädagogen die Situation richtig eingeschätzt, geschildert und rechtzeitig abgegeben werden.

Ergänzung

Es gibt eine Internetseite von einer Initiative bei der sich Betroffene, die zeitnah einen Therapieplatz suchen zusammentun. Dort können sich Therapeuten, die einen freien Platz haben sofort melden.

Perspektive der Jugendlichen und Kinder auf die Zusammenarbeit“

„Ich vermute, dass das bis jetzt sehr negativ besetzt ist

Vermutet, dass die Jugendlichen die Zusammenarbeit als „strafend“ erlebend, besonders wenn die Wohngruppe eine Zwangseinweisung in besonderen Krisensituationen, wie suizidalen Kontexten, insofern initiiert, dass sie die Klinik oder den Sozialpsychiatrischen Dienst anrufen, da sie ja keine eigenen Einweisungen vornehmen können. „Jetzt holen die da jemanden und die nehmen mich dann mit und dann muss im Zweifel da erstmal in der geschlossenen Psychiatrie eingesperrt werden und da kriegen wir doch häufiger die Rückmeldung, das gefällt denen nicht so. Wir versuchen das zu erklären, dass das unsere Sorge ist, die dahintersteckt, die Verantwortung, die wir nicht übernehmen können, dann abzugeben. Viele verstehen das auch, wir werben dann immer um Verständnis ‚versetz dich mal in die Lage, du bist für jemanden verantwortlich usw.‘ Oft ist das sehr angstbesetzt, überhaupt dieser Begriff Psychiatrie, besonders wenn es um Zwangseinweisungen geht.“

Jugendliche kriegen mit, dass es schwer ist einen Therapeuten terminnah zu bekommen. Manchmal dauert es ein halbes Jahr einen Termin zu bekommen.

6.

Persönliche Angaben

Sozialpädagoge mit therapeutischer Zusatzausbildung (Familientherapie)

Neben Studium in Suchtklinik gearbeitet

Tätig in einer Stationären Sozialpsychiatrie für Erwachsene

2 Jahre in der Suchthilfe – WG für drogenabhängige Erwachsene

s. 5 ½ Jahren in der Kinder und Jugendhilfe im Rauhen Haus

Teamleiter und Bezugsbetreuer,

Alltagsbetreuung von 2 Frauen, Schulanmeldung, Kontakt zum Jugendamt, Elternkontakte, Verantwortlich für alle Abläufe im Haus: u.a. Kasse, Kontakt zur Vermieterin, Kontakt zu anderen Einrichtungen, Dienstplanung

Berufliche Erfahrung im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen aus Heimen

Von der Einrichtung aus gehen die Kinder und Jugendlichen entweder in die

Verselbstständigung oder in die chronische Erkrankung, sodass ein Wechsel in die

Sozialpsychiatrie veranlasst werden muss. Das passiert allerdings häufig zu spät, wenn die Krankheit schon sehr weit fortgeschritten ist.

Berufliche Identität

Eine koordinierende Funktion. Kein klares Setting, wie z.B. ambulante Therapeuten. Eine professionelle Haltung haben und mit den Kindern und Jugendlichen in Beziehung treten. Es muss mehr privates zugelassen werden als bei anderen Professionen. Wenn die jungen Frauen z.B. leichtbekleidet in der Wohngruppe herumlaufen, weil es über Jahre ihr zu Hause geworden ist. Es ist schwerer sich abzugrenzen.

Außerdem stehen die Mitarbeiter untereinander auch telefonisch gut im Kontakt, während bei den Ärzten untereinander wenig kommuniziert wird.

Kooperation

Gelingensbedingungen

Man muss den Berufsalltag und die Zwänge des Gegenübers nachvollziehen können. Es muss verstanden werden, wie sie in ihrem System handeln müssen. Günstig und hilfreich ist es auch, wenn man den anderen schon einmal gesehen hat und sich persönlich kennengelernt hat.

Woran scheitert es?

„Es ist schwierig wenn die andere Seite dicht macht.“ Man muss auch zwischen den Protokollen, in der Realität, kommunizieren und sich verstehen können.

Organisation

Vorhanden: Teilnahme an dem Borderline-Netzwerk von der Klinik Nord-Ochsenzoll zur Förderung der Zusammenarbeit des klinischen und außerklinischem Bereiches. Kollegiale Runde 1 Mal im Monat. Fortbildungen werden organisiert und es findet ein kollegialer Austausch statt

Dialog-Runde in Eilbek

Diese Treffen werden von den Kliniken veranstaltet

Möglichst offen im Kontakt mit der Notfallambulanz nebenan

Arbeitsgruppe mit dem Wilhelmstift obwohl unterschiedliche Bezirke (momentaner Stillstand durch den ASD, erst wieder wenn neue Leitung eingearbeitet ist)

1 x im Jahr einen Tag der offenen Tür für 3 WGs, organisiert und durchgeführt vom Rauhen Haus

Schwierig:

Häufig wechselndes Personal vor Ort im Bereich der Kliniken und der Wohngruppen.

Sektorisierung in Hamburg ist schwierig, besser wäre fallbezogen zu arbeiten

Die Grenzen der Kliniken sind nicht die Bezirksgrenzen wie bei der Jugendhilfe. Jedes System hat seine eigenen Zuständigkeiten, was die Zusammenarbeit erschwert.

Die Kliniken scheinen vielen gegebenen Zwängen zu unterliegen, „Ich hab das Gefühl wir können uns schon ganz gut auf die Zwänge der Klinik einstellen, die Kliniken können das andersherum nicht so gut.“

Erfahrungen in der Kooperation

Positiv: „Es klappt immer, wenn man offen miteinander reden kann“

Negativ: Schlechte Erfahrung mit einer Klinik in Eilbek, die „dicht gemacht hat“, sodass man ihr Handeln nicht nachvollziehen konnte

Klinik Tiefenbrunn in Göttingen, die sagen „sie arbeiten mit ihren Patienten, und wenn die nicht wollen, dass es Kontakte zur Wohngruppe gibt, dann gibt's das auch nicht.“ Diese Einstellung erscheint nicht konstruktiv, da sich Menschen an einem anderen Ort auch neu erfinden können. Dadurch können sie ein völlig anderes Selbstbild in der Klinik aufrecht erhalten, das im Alltag der Wohngruppe gar nicht mehr erfüllt werden kann.

Zusammenarbeit mit Eilbek am schwierigsten, da anscheinend kein Sozialdienst und Gegenüber der eigenen Profession vorhanden.

Entlassung einer suizidalen Patientin durch das UKE um 3h morgens, die ein paar Stunden später den nächsten Suizidversuch begangen hat; Vermutung, dass gerade Borderline-Patienten unerfahrene Ärzte leicht von der eigenen Meinung überzeugen können.

Unklare Zuständigkeiten der Wohngruppe, häufig wird (von Mitarbeitern oder Ärzten) erwartet Patienten klinisch weiter zu behandeln, wovon sich die WG aber stark abgrenzt/abgrenzen muss -> Unverständnis der Ärzte.

Schwierige Zusammenarbeit mit dem SPD, da sich bezirksbedingt keiner für einen dringenden Fall zuständig gefühlt hat.

Nutzen der Kooperation
Entlastung für beide Seiten
Schnelles und individuelles Handeln

Erwartungen der Anderen

Es soll im Sinne der Kliniken weitergearbeitet werden, was nicht möglich ist. Da viel auf freiwilliger Basis und Eigenverantwortung läuft, ist man auf die Zusammenarbeit der Patienten angewiesen. So kommt es vor, dass sich ein anorektisches Mädchen soweit herunter hungern muss bis man gegen den Willen handeln darf und eine Zwangsbehandlung folgt. Das führt wiederum zu Unverständnis von Seiten der Ärzte gegenüber der Mitarbeiter der Wohngruppe.

Perspektive der Kinder

Kinder und Jugendliche empfinden die Zusammenarbeit zwischen KJP und JH sehr unterschiedlich.

Zwangsweinweisung oder Behandlung gegen den Willen: Kinder und Jugendliche haben häufig den Eindruck, dass Zwangsbehandlungen vorher zwischen dem Fachpersonal beider System vorab abgesprochen wurde. „Dies versuchen wird zu verhindern, indem wir sagen: ‚Da ist ein Arzt, der führt mit dir ein Gespräch und der entscheidet. Es gibt natürlich Situationen, wo wir tatsächlich vorher anrufen und sagen, das und das ist in der Wohngruppe vorgefallen, wo die das vielleicht berücksichtigen in ihrer Entscheidung, die Ärzte, aber es ist ja jetzt nicht so, als würden die Ärzte unbedingt auf uns hören. Aber unter den Jugendlichen ist so der Eindruck, alle Mitarbeiter, wenn die was zusammen entschieden haben, könnten sie so nichts mehr machen.“

Überleitung von Klinik zu Wohngruppe: Schwer einzuschätzen aus der Sicht der Wohngruppe, da die K&J, die einziehen, sozusagen „geglückte Fälle“ darstellen, die auch einziehen. „Ich glaube, dass die Jugendlichen häufig hilflose Sozialdienste in den Kliniken erleben, weil eben einfach nur geguckt wird: ‚Wo passt es mit dem Entlassungsdatum und wo ist ein Platz frei.‘ Dieses, was ja wünschenswert wäre, man guckt auch wo es auch fachlich passt und kann zur Not auch warten bis da ein Platz frei wird, das kann ja eine Klinik gar nicht mehr leisten, das gab es vor 10 Jahren mal. Das wird ja nicht mehr von der Kasse übernommen.“ Die Jugendlichen, die in der Wohngruppe einziehen, haben auch ein positives Bild vom Sozialdienst.

Übergabeinformationen: Manche Jugendlichen möchten Wohngruppe und Therapeuten getrennt halten. Sie möchten weiter vom Therapeut/Arzt nach der stationären Therapie behandelt werden weiter, möchten sich aber in der Wohngruppe „neu erfinden“. Jugendlichen möchten häufig nicht, dass „zu viele Übergabeinformationen“ weitergegeben werden. „Besonders diese Jugendlichen deuten das ja wieder so ‚da wird wieder negativ über mich gesprochen‘ und dass sie dann in der Wohngruppe einen schlechten Start haben, weil wir ja schon alles wissen. Ich glaube da sind so Vorbehalte da.“

Freiwillige Klinikaufenthalte. Wohngruppe versucht Selbstständigkeit zu fördern . Arzt oder Therapeut ist formal zuständig, sie schreiben die Krankenhauseinweisung. „Wir können das nur empfehlen, sind aber kein direkter Ansprechpartner für die Klinik. Wir versuchen das den Jugendlichen immer zu vermitteln und zu empfehlen: ‚Besprich das mit deinem Therapeuten,

ob das Sinn macht jetzt eine stationäre Therapie zu machen. Es kann natürlich sein, dass wir mit den behandelnden Therapeuten schon gesprochen haben und das auch für sinnvoll empfinden, aber es ist ja trotzdem eine Entscheidung der Psychiater oder der Psychologen, ob da etwas stationäres eingeleitet wird.“ Bei einer jungen Frau mit vielen Notfallbehandlungen (Zwangseinweisungen) zu tun hatte, war es der Fall, dass die Wohngruppe aktiv Kontakt mit Psychiater/Therapeuten aufnimmt und eine stationäre Therapie versuchen einzuliefern. „Wir versuchen trotzdem immer der sichere Rücksichtsort zu bleiben, nicht das so eine Situation entsteht, die Betreuer bestimmen, ‚ich muss Therapie machen und wenn ich keine Therapie mache, ist der Heimplatz weg‘, solche Situationen versuchen wir zu vermeiden, aber ich glaube solche Ängste bestehen, oder dass sie abgeschoben oder abgestempelt werden.“

Individuelle Unterschiede: „Das ist ja auch diagnostetypisch bei den Borderlinerinnen, dass häufig versuchen, dass die Professionellen im Kontakt sind, dass sie sich ja auch so darstellen. Wir haben aber auch andere Fälle wo ein großes Interesse besteht, dass möglich viel Wissen transportiert wird: ‚Ihr müsst das doch wissen, ihr müsst mit denen reden.‘ Es kommt auf die Klinik an, manche machen ja auch Übergabegespräche, andere da denke ich mir manchmal, wissen die eigentlich, dass es uns gibt und dass es doch sinnvoll ist mit uns zu sprechen. Dementsprechend ist auch die Reaktion der Jugendlichen unterschiedlich.“ Jugendliche in dem Alter wissen noch nicht, wie das Gesundheitssystem funktioniert. „Da kommen abstruse Ängste gerade bei Leuten, die sowieso zu Wahnvorstellungen neigen, das sowieso alle Leute um sie herum alles wissen, und die wissen häufig gar nicht den Unterschied zwischen Psychiater und Psychologen und sind so mit sich selber beschäftigt, dass sie häufig das Hilfesystem so gar nicht richtig verstehen.“

7.

Persönliche Angaben

Dipl. Psychologin

Arbeitserfahrung im Bereich Wohnen mit psychisch erkrankten Erwachsene
Therapiezentrum in Spanien, therapeutische Arbeit mit Autisten
Praktikum Psychotherapiestation, Klinik Bergedorf
s. Sep.2012 tätig als Sozialpädagogin, Stationäre Wohngruppe Kinder und Jugendhilfe

Tagesdienste als anwesende Sozialpädagogin, Ansprechpartner für praktische sowie lebensbedrohliche Fragen und Krisen, einen Jugendlichen ambulant in Bezugsbetreuung

Berufliche Identität

„Gefühlt bin ich Psychologin... was auch nicht immer einfach ist in dieser Rolle“.
Sozialpädagogisches Arbeiten fällt manchmal schwer. Der Job ist pragmatisch zu handeln und nicht zu therapieren. Es arbeiten 4 Dipl. Psychologen in der Rolle des Sozialpädagogen. Da besteht die Gefahr, dass eher therapeutisch als sozialpädagogisch gehandelt wird. Aus dem Grund hat die ehemalige Chefin ungern Psychologen eingestellt.

Kooperation

Gelingensbedingungen

„Wollen! Beide Seiten müssen kooperieren wollen.“ Es macht Spass zu kooperieren und es ist spannend zu sehen in welche Beziehung andere Leute zu den Klienten treten.

Es muss mitgedacht werden und man muss auf die andere Seite vertrauen auch wenn man das andere Regelsystem nicht durchschaut

Man muss in der Lage sein sich in die Perspektive des Anderen hineinzusetzen, und überzeugt davon sein, dass der Andere nicht vorsätzlich störend handelt, sondern von Anfang an die Annahme sein, dass der Andere auch eine Fachkraft ist

Geduld ist Voraussetzung

Woran scheitert es?

Individuelle Regelsysteme, die nicht immer übereinstimmen. Häufig ist jede Seite von den eigenen Regeln überzeugt

Es fehlt die Bereitschaft sich in die Arbeit der anderen hineinzusetzen. Um sehen zu können, welche Perspektive die andere Seite hat und warum es mit der eigenen Perspektive kollidieren kann.

Extrem wird dies mit Behörden

Hinderlich kann außerdem die Schweigepflichtentbindung sein. Es ist hilfreich wenn man den Patienten und der Kooperation zuliebe das eigene Regelsystem auch mal ausdehnt. Z.B. wenn nach Entlassung aus der Klinik der Arztbrief der WG noch nicht vorliegt und nicht klar ist welche Medikamente der Klient bekommt. Dann ist es leichter wenn man dies telefonisch von den zuletzt behandelnden Ärzten, trotz Schweigepflichtentbindung, mitgeteilt bekommt um einen bevorstehenden komplizierten Prozess zu vereinfachen und abzukürzen.

Das ist oft stark abhängig von der einzelnen Persönlichkeit und mit dem Wunsch nach Macht. Schwierige Erreichbarkeit von Therapeuten und Behörden, durch bestimmte Sprechzeiten. Es stört die eigene Arbeit, da die WG sich danach zu richten hat und wenn sie im Kontakt sein möchte.

Dadurch muss die WG zurückstecken und ständig zur Verfügung stehen, sodass wenigstens eine Seite für Rückrufe erreichbar ist und ein Austausch überhaupt stattfinden kann

Organisation

Vorhanden: maximale telefonische Erreichbarkeit

Erfahrungen in der Kooperation

Positiv: Viele Absprachen mit der Station nach der Klinik-Entlassung

Negativ: Schwierige Erreichbarkeit des ASD's

Nutzen der Kooperation

Das Wohlergehen des Patienten

Gerade bei persönlichkeitsgestörten Jugendlichen (z.B. Spaltung Klinik ist gut, WG ist schlecht) ist es wichtig, dass man innerhalb der Hilfesysteme nicht gegeneinander ausgespielt werden kann. Es kommt den Patienten zu Gute wenn die Systeme gut miteinander kooperieren, damit keine Loyalitätskonflikte für den Jugendlichen entstehen

„Es geht in diesem Bereich überall um Vertrauen“. Der Jugendliche muss vertrauensvolle Beziehungen zu jeder Seite aufbauen können

Erwartungen an die Anderen

Wertschätzung der eigenen Position durch die Ärzte

Maximaler Respekt gegenüber dem Patienten

Offenheit und Interesse der anderen Seite

Erwartungen der Anderen

Noch mehr fachlich kompetentes Handeln nach Auffassung der Therapeuten

Die Erwartung der Ärzte und Therapeuten, dass die Sozialpädagogen ihrer fachlichen Überzeugung (therapeutisch) entsprechend Handeln

Zukunftswünsche und Hoffnungen

Man darf nicht vergessen warum man diesen Job macht und worum es im Endeffekt geht. Im Mittelpunkt den Patienten sehen über den gesprochen wird. Machtgelüste müssen zurückgestellt werden.

Perspektive der Jugendlichen und Kinder

„Aus der Perspektiv der J&K, unabhängig davon ob die Kooperation gelingt, hat das erstmal immer etwas unheimliches. Da sprechen Ärzte, Psychologen, Betreuer, natürlich erzählt der Therapeut nicht immer alles, was in der Therapie passiert. Aber es ist immer etwas was so gefühlt auch immer über den Kopf der Jugendlichen hinweg passieren kann, so wo sie vielleicht auch manchmal gar nicht genau wissen, was fließen da für Informationen. Manchmal sagen sie aber auch, frag mal meine Therapeuten, der wird dir alles erzählen, weil der kann vielleicht ihr Anliegen noch besser formulieren.“

Wenn es um konkrete Dinge geht, wie fehlender Arztbrief, Medikamentenangaben bei der Entlassung, schnelle unkomplizierte Hilfe ist angebracht und Jugendliche erwarten eine gute Kooperation. Als Psychologin, die eine Therapieausbildung machen möchte, kann sie gut verstehen, dass Therapie ist ein intimer Bereich, verständlicherweise möchten die Jugendlichen nicht. „Es ist nur verständlich, dass irgendwas noch in der Macht der Jugendlichen bleiben muss. Natürlich gibt es oft eine Schweigepflichtentbindung und ist das oft auch nötig und geht es gar nicht anders, auch zum Schutz des Jugendlichen, aber ob die das auch immer so empfinden, ist natürlich die Frage. Es ist eine schwierige für Jugendliche, Bericht können beispielsweise von ihnen nicht eingesehen werden, weil das „schädlich für den Patienten sein kann“, das Fachpersonal kennt die Berichte jedoch. Auf der anderen Seite versucht die Befragte Jugendliche soweit wie möglich mit einzubeziehen. Absprachen und schnelle Kooperation sind im Interesse der Jugendlichen, besonders wenn dadurch Verzögerungen verhindert werden können.

8.

Persönliche Angaben

Einrichtung: **Wilhelmsstift (WS) und Kinder- und Jugendnotdienst (KJND)** seit 2008

Interviewpartner:

A: leitet Abteilung Unterbringungshilfe im KJND, andere Projekte

B: Chefarzt KJP im WS

Ausbildungshintergrund

A: Sozialpädagogin, systemische Familientherapieausbildung

B: Kinderarzt, KJ-Psychotherapeut und Psychiater, Analytischer Familientherapeut, UKE, Klinik im Schwarzwald, Wilhelmsstift

Erfahrungen mit Kindern in Heimen

B: 1984/85

Kooperation als Kinderarzt mit JH zu Missbrauch/Misshandlung in Familien (damals neues Thema), auch Betreuung in Heimen, jedoch ehr Kinder mIt Behinderungen in Behinderteneinrichtungen, auch recht konflikthafte Kooperation.

1993

Beginn erste feste Kooperationsprojekte mit Herr Stellbach und Jugendhilfe LEB (Landesbetrieb Erziehung und Beratung ist Träger vom KJND). Ambulanz für Flüchtlingskinder wurde aufgebaut in den Räumen des LEB in den ersten drei Jahren. Runde Tische alle vier Wochen zwei Stunden (Jugendpsychiater, JPD, JH, Träger, Ämter) zum

Thema "Flüchtlingskinder". Schwierige Zeiten in Hamburg, Konflikte zwischen JH und KJP, große Konkurrenz, Antipsychiatrie, hohe Tendenz externalisierende Kinder in die Psychiatrie abzuschieben, "Menschen statt Mauern", vorwiegend "Crash-Kids." Viele Diskussionen über Zuständigkeit, "geteilte Hilflosigkeit" in den Systemen.

Dann Umzug in den Schwarzwald. 6-wöchentliche Treffen mit den Jugendhilfeträgern, Arbeitsgruppen, Fallbesprechungen, Analysen, "offenes Loben und Schimpfen". Immer unter dem Aspekt, dass es eigentlich besser wäre im Dreieck zu arbeiten (Psychiatrie, Jugendamt, Jugendhilfe), aber die Interessenlagen sehr unterschiedlich sind. Face to Face Kontakte sind ausschlaggebend für eine gute Zusammenarbeit, es kann Vermittlung entstehen auf der Basis von Wissen über verschiedene Sichtweisen.

2006

Zurück nach Hamburg, Kooperationsvereinbarung wurde publiziert ("ein Meilenstein"), unter Beteiligung von Herr Emil Bramik und den Erfahrungen aus Bad Dürkheim (Schwarzwald). Politisch war Maßgabe, dass sich eine Kooperation ergibt. Halbjährliche Besprechungen im Wilhelmsstift, auch häufig dialogisch (z.B. Polizei, Familienrichter und Wilhelmsstift), häufig bis zu 70 Leute, Inputs, Vorträge, Arbeitsgruppen. Resultat: Viel Gewinn und Entspannungen. KJND stieß 2007 dazu.

2007: In der Presse verbreitet sich eine Meldung zu einem KJP-Mitarbeiter des KJND (?), der in der Vorbetreuung zur Geschlossenen Unterbringung Medikamente anordnete, und daraufhin freigesetzt wurde. Der Vorfall zog eine rechtliche Prüfungen nach sich, Akten wurden kontrolliert, geschlossene Unterbringung wurde daraufhin wieder kontrovers diskutiert. (*Geschlossene Unterbringung wurde unter rechter Regierung (Schill) zu dieser Zeit wieder eingeführt als politischer "Rollback" zu Menschen statt Mauern. 90 Plätze wurden gewünscht, 12 realisiert und 6 belegt, 3 waren von außerhalb). Der Befragte B. wurde gebeten einzuspringen und ist seitdem beratend im KJND tätig. Früher eher beratend zu Leitbild-Diskussionen und Ausrichtung des KJND, z.B. wie gehen wir mit Krisen um, welches pädagogische Selbstverständnis herrscht im KJND. Aktuell eher beratend im Bereich der Wissensvermittlung zu Möglichkeiten, gesetzlichen Grundlagen und den "Nebenwirkungen" der beiden Systeme, Ziel ist diese zu verringern im KJP und JH (z.B. wie intensiv sind Patienten vorbereitbar, wie intensiv sind Familienkontakte möglich, was heißt eigentlich eine Konzentration schwieriger Kinder auf das KJND oder die KJP.) Die Kooperation ist sehr fruchtbar gewesen. Krisenhafte Aufnahmen aus dem KJND gab es vorher sehr häufig, diese sind enorm zurückgegangen.

A: Plötzliche Entlassungen gibt es nicht mehr so häufig, KJND kann sich besser vorbereiten auf einen Übergang in eine Maßnahme, es hilft, dass der Befragte B. im KJND bekannt ist, eine Austausch so aktiv ist (Face to Face, Berichte). Kosten der langfristigen Beratung einzelner Kinder und Jugendlichen im Rahmen des Wilhelmstifts übernimmt das KJND. Befragter B. berät besonders die "Flüchtlingskinder", da dieser Bereich sein "Hobby" ist. Eine Weiterführung der psychotherapeutischen Arbeit läuft über Ambulanz-Scheine o.ä. Kooperationsvertrag mit dem WS ist die Arbeitsgrundlage, darüber hinaus gibt es zweiwöchige Sprechstunden a 2 Stunden, hier werden Fälle besprochen (Mitarbeitercoaching) oder auch direkte Beratung mit Jugendlichen abgewickelt, häufig auch mit Dolmetsche (auf dem Gelände des KJND sind mehr als 100 Jugendliche, die alle zwei Tage vor einer Sprechstunde abgefragt werden nach Bedarf.) Die Kosten übernimmt der KJND. Themen: u.a. Missbrauchsnachwirkungen, sexuelles Verhalten, Schnibbeln, Suizidversuche, aggressives Verhalten, Alkoholkonsum, Psychosen, viele Flüchtlinge mit Traumata: "Wie können wir als Sozialpädagogen in unserer Einrichtung mit Jugendlichen umgehen, die keine in dem Sinne psychiatrische Indikation sofort mitbringen, aber die zeigen so ein auffälliges Verhalten, dass

wir Fragen haben. Da hilft es einfach aus der Sicht von Herr Walter drauf zugucken und auf der Meta-Ebene noch mal ganz andere Anregungen zu kriegen."

B: "Das ist glaube ich, worum es in Kooperation geht, das als eine Bereicherung zu erleben, das jemand anderes einen anderen Blickwinkel hat und das nicht als eine Konkurrenz zu erleben. In der Psychiatrie sagt man 'Psychiatrie ist die Kunst der Blickwinkel oder Linsen, der Foki'. Kinderpsychiatrie ist in diesem Sinne ein Kooperationsfach, weil sie stehen zwischen allen: Gerichte, Pädiatrie, Erwachsenen-Psychiatrie, Jugendhilfe." Es sollte mehr Kooperation geben, aber es gibt auch Grenzen, da sie viel Zeit kostet. In Hamburg gab es früher zu noch sozialdemokratischen Zeiten "eine unendliche Laberkultur, alles wurde sozialpädagogisiert und besprochen, es passierte aber nicht viel, wenig zielorientiert, eher konfliktorientiert." Vorgabe sollte sein: 2/3 der Zeit am Patienten, 1/3 reden. Es gab gegenseitige Verletzungen, würdelose Umgangsweisen. Den KJP-Mitarbeitern musste "beigebracht werden, dass Sie keine Vorgesetzten der JH sind, sondern begleitende Systeme, man muss genau wissen, in welche politischen Fettnäpfchen ist es Pflicht regelmäßig zu treten und welche sollte man vermeiden." Ohne Absprache eine Empfehlung für eine Einrichtung geben, ruft Widerstände beim Jugendamt hervor. Wohingegen eine Einschätzung der Selbstgefährdung von Seiten der JH, die aus der Perspektive der KJP nicht gegeben ist, regelmäßig zu Konflikten geführt hat. Zuständigkeiten sollten geklärt sein, Systeme sollten sich nicht gegenseitig vorschreiben, was zu tun ist (Übergriffigkeit in der Verantwortung). Seit 2000 wird die KJP immer wieder zertifiziert, die JH ist dabei ein Qualitätsmanagement (Frau Daniel) einzuführen, der Vergleich könnte auch zu mehr Verständnis zwischen den Systemen führen.

Was für Kompetenzen sind hilfreich für Kooperation?

A: "Eine Offenheit und eine Bereitschaft das andere System zu sehen und verstehen zu wollen [ist wichtig] und nicht mit fertigen Bildern 'so ist das!', dann an diesen festhalten. Dann ist das Spektrum größer die Möglichkeiten auszutarieren."

B: Interesse an der Handlungslogik des anderen Systems sollte gegeben sein (inklusive der gesetzlichen Grundlagen, politische Handhabung in den unterschiedlichen Bundesländern). Personenabhängigkeit: "Knackpunkt ist Lust an der Kooperation, etwas was ganz begrenzt trainierbar ist, wenn ich jemanden mag, gehe ich auch lieber hin und kooperiere." Sachzwänge kennen, die Sprache des anderen Systems kennen kann Missverständnisse ausräumen. Achtsamer Umgang, die Umstände unter denen der Partner arbeitet kennen (z.B. ist ein neues Computerprogramm eingeführt worden mit dem viele in Arbeitsläufen kämpfen, welcher politische Druck herrscht). KJP sollten sozialräumlicher arbeiten, mehr den Lebensraum der Jugendlichen und das Feld der JH kennen(lernen).

Wichtig für einen gelingenden Wissensaustausch

B: Face to face Kontakt. z.B. in Hilfeplangesprächen. Arbeitsgruppen an unterschiedlichen Orten im Wechsel beim Träger oder im Wilhelmsstift (z.B. Arbeitsgruppe 'Aggressive Kinder' JH/KJP). Zeitung lesen, um den Druck der Presse auf die JH zu verstehen, der handlungshemmend sein kann. Was braucht das andere System. Wer ist alles in der Kooperation inbegriffen (z.B. Vormund), Zuständigkeiten klären und Auftragsklärung.

Menschen treffen tauschen sich bei Hilfeplangesprächen aus (in der Psychiatrie Behandlungsplangespräche). Unterschiedliche Formen von Hospitationen mit JH existieren an vielen Stellen. Mit MitarbeiterInnen aus Heimen gibt es eine Komm-Struktur, Gespräche vor Ort in der Klinik, die auch therapeutisch auf die Heim-MitarbeiterInnen wirken können. Ziel

kann sein, sich kennenzulernen, aber auch beispielsweise bereits erfolgte Interventionen auszutauschen.

A: Bei Fortbildungen, gegenseitigen Hospitationen.

Was sind Hindernisse?

B: In Hamburg gab es in der Vergangenheit eine Vielzahl von Tagungen zu Kooperation KJP und JH. Konkrete Empfehlungen wären an der Zeit. Fallbeispiel: Jugendhilfe bringt einen Jugendlichen am Freitag in die Klinik, "schiebt ihn ab" und beendet erstmal ihre Zuständigkeit. KJP erwartet von der JH geplante Aufenthalte in der Psychiatrie bei Krisen, währenddessen der Kontakt nicht zwischen JH und Jugendlichen abbrechen sollte, Unterstützung sollte weiterlaufen. JH sind möglicherweise nicht gut auf Krisen vorbereitet, wissen nicht, dass Krisen notwendig sind und nicht mit Angst, sondern mit Normalisierung begegnet werden sollten. Andere Einrichtungen warten zu lange. Für bindungsgestörte Jugendliche ist es sehr belastend immer wieder BetreuerInnen zu wechseln, wenn es zu Problemen kommt. Konstante Bezugsbetreuung ist häufig nicht gegeben. Es herrscht häufig eine "beruflich depressive Haltung", die vielleicht auch mit einer konzeptionellen gemeinsamen Vision (Stichwort: Flüchtlinge) wieder aufgehoben werden könnte, um dem Gefühl immer am Ende mit dem Fall alleine gelassen worden zu sein entgegenzuwirken. Kooperationsvereinbarungen müssen regelmässig besprochen und validiert werden. Das Kooperationsprogramm JH und KJP/JH und Schule hätte nicht gekippt werden sollen in den letzten Jahren, nur weil eine politische Präferenz sich ändert. Seit dem gibt es keine Kooperationstage mehr einmal im Jahr. Es macht Sinn sich mehr auf den Kooperation im Mittelbau zu konzentrieren als auf politische Kooperationen zu vertrauen.

A: Vielen SozialpädagogInnen fehlt der 'lange Atem', Jugendliche werden häufig verfrüht in Krisen "rausgeschmissen". Viele Träger entlassen schwierige Jugendliche ohne Rückbindung, wenn es zu Schwierigkeiten kommt mit Tendenz steigend, vielen kommen dann zum KJND. Das Thema "Arabische Flüchtlinge" (bzgl. u.a. Temperament, herausfordernde Umgangsweisen untereinander, die aus den diversen traumatischen Erfahrungen resultieren) hat noch kein Träger in Hamburg konzeptionell aufgenommen. Wohngruppen, die zu einem großen Träger gehören, entlassen Jugendliche häufig aus dem gesamten Programm anstatt in eine andere Wohngruppe zu versetzen. Der KJND wünscht sich das von großen Trägern.

Erwartungen an die KJP?

A: Wenn Fälle nicht in der Psychiatrie aufgenommen werden, kommt es in der JH schnell zu Frustrationen. Hierbei wäre es hilfreicher zu erklären, warum es beispielsweise in einem Fall keine psychiatrische Indikation vorliegt. Dies würde zu mehr Verständnis und der Akzeptanz in der JH führen, dass es sich um ein pädagogisches Problem handelt und Ohnmacht auf Seiten der JH verhindern.

B: Beispiel: Die Frage 'gibt es ein Medikament gegen Aggression?' von Seiten der Jugendhilfe ist für den Befragten ein Beispiel. Dies gibt es nicht, auch wenn manchmal der Eindruck besteht, es gäbe dies sehr begrenzt. Er verschreibt Beruhigungsmittel, aber dann kommt es eher zu einem Hin-und Her zwischen den Systemen. "Es geht darum die Mythologien des Anderen zu erklären. Wir kochen pädagogisch auch nur mit Wasser. Die Psychiatrie ist wesentlich Pädagogik." Fallbeispiel: JH schickt einen Jugendlichen, der nicht mit anderen Klienten zusammen sein kann, erwartet jedoch, dass er in der Psychiatrie auf einer Station mit elf Patienten aufgenommen wird. Oder aggressiver Jugendlicher soll auf eine Station eingewiesen werden mit jungen Frauen mit Gewalterfahrungen. Diese Unlogik muss erklärt werden und ein Verweis auf andere Strukturen (z.B. KJPD). §35a Wohngruppen wie

das Rauhe Haus mit 200 Jugendlichen sollten beispielsweise in Betracht ziehen, inwiefern es nicht sinnvoll wäre, einen zusätzlichen Mitarbeiter am Wochenende einzustellen und so auf KJND oder KJP verzichten zu können.

Pädagogischen Kompetenzen in der Psychiatrie müssen weiter entwickelt werden, das Thema "gemeinsame Hilflosigkeit" ist immer zentral, neben dem Eskalationstraining. Grenzen der professionellen Arbeit anerkennen. "Nicht alle können gerettet werden."

Erwartungen an die JH?

Jugendhilfe sollte früher an die KJP herantreten, bevor eine Eskalation entsteht, vorher sollte schon Beratung in Anspruch genommen werden.

Good Practice

B: In einer Einrichtung für sexuell übergriffige Jugendliche kennt der Befragte B. alle Jugendlichen, diese Einrichtung stellt alle bei ihm vor. Wenn ein Jugendlicher vorher vorgestellt wird, ist B. eher gewillt eine abgesprochene Aufnahme für beispielsweise eine Nacht im Wilhelmsstift zu ermöglichen ("Belohnungskonzept"). Vorteil: klare Ansagen, die Möglichkeit eine Auszeit zu geben, beides wichtig in der Arbeit mit diesem Klientel. Vor der Krankenkasse muss B. entweder rechtfertigen, dass sich durch eine Nacht im WS eine Verschlechterung verhindern lässt oder eine Förderung der Gesundheit bewirkt wird. "Psychiatrie ist nicht mehr zum Aufbewahren da."

Inoffizielle Kooperation mit 'Familien Interventions Team (FI Team)' z.B. zu Gutachten zu Geschlossener Unterbringung. Gemeinsam wird geprüft, was aus den Jugendlichen geworden ist, nach einer Empfehlung. In den meisten Fällen weiß man nicht, wo diese Jugendlichen bleiben, es gibt kaum Rückmeldungen. Nach einer geschlossenen Unterbringung gehen Jugendliche häufig "ganz verloren", 40% kommen trotz Gutachten gar nicht in der Geschlossenen Unterbringung an.

Wie erleben Kinder die Zusammenarbeit?

B: Kinder werden vorher informiert wer B. ist. B. fragt Kinder ob er einen Bericht an die JH schreiben darf, daher entstehen hier Erwartungen. B. nimmt an, dass eine Vorstellung bei ihm von den Kindern nicht als übergriffig empfunden wird. Nebenwirkungen der Psychiatrie auf Kinder sind Teil des Qualitätsmanagement. Einen negativen Eindruck kann auch aus negativen Einstellungen der JH gegenüber der KJP oder KJND entstehen, die an Kinder kommuniziert wird. Die Psychiatrie wird nicht mehr als Druckmittel gegen Kinder und Jugendliche in der JH eingesetzt, Vorurteile haben sich sehr reduziert in den letzten 20-30 Jahren. Ähnlich haben sich die Vorurteile gegen das Jugendamt reduziert.

Hamburg hat eine überkomplexe Struktur und niemand versteht sie wirklich.

A: Kinder verstehen nicht die Rollenzuweisungen und Aufträge, auch weil diese nicht immer klar sind.

9.

Persönliche Angaben

A: Dipl. Sozialpädagogin

Ausbildung zur Kunsttherapeutin

s. 20 Jahren Tätig in der KJP als Sozialpädagogin

B: Ausbildung zur Erzieherin
Ausbildung zur Sozialpädagogin
Leitung eines Haus der Jugend
2 Jahre Tätig im Rauhen Haus
s. 1980 im UKE, KJP tätig:
Ausbildung zur Bewegungstherapeutin
Approbation zur Kinder und Jugendpsychotherapeutin
18 Jahre auf der Jugendstation
3 Jahre als Bewegungstherapeutin
s. ca 10 Jahren auf der Kinderstation als Sozialpädagogin

C: Ausbildung zur Erzieherin
2 Jahre Erzieherin im Kinderheim
s. 1979 im UKE, KJP tätig:
angefangen auf der Jugendstation
s. ca. 7 Jahren auf der Akutstation als Sozialpädagogin

Berufliche Erfahrung im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen aus Heimen

A: Zuständig für alle Kontakte, die mit Jugendhilfe zu tun haben, z. B. der Wechsel von der Klinik in eine WG, Bedarf nach ambulanter Unterstützung
Herstellung von Erstkontakten gemeinsam mit den Jugendlichen und Begleitung des gesamten Prozesses
Suche nach Praktikumsstellen für Jugendlichen auf dem Gelände während ihres stationären Aufenthalt
Leitung einer Sozialen Kompetenzgruppe
Kunsttherapie (Einzel- und Gruppenstunden)
Alltagskontakt mit den Jugendlichen, 2x in der Woche gemeinsames Frühstück

B: Fallbesprechungen, Supervision
Kontaktherstellung zum Jugendamt und Beratungsstellen und allen Angeboten im Rahmen der Hilfen zur Erziehung
Bewegungstherapeutisches Gruppenangebot
Leitung von Gesprächsgruppen (therapeutisch orientiert)
Bezugsperson für 2 Personen auf der Jugendstation
Heute, als Sozialpädagogin fast überwiegend Beratung
Bei allen Besprechungen anwesend
Organisation von Haushaltshilfen für Mütter mit Kind
Kontaktaufnahme zu Freizeitangeboten im jeweiligen Stadtteil
Runde Tische initiieren, Teilnahme an Fachgesprächen
Begleitung von Kindern und Eltern in die nachsorgenden Einrichtungen
Einschätzung wann es zu einem Fachgespräch kommen muss

C: Runde Tische, Fachgespräche, weiterführende Hilfe nach der Entlassung
Leitung der Morgenrunde mit den Kindern und Jugendlichen
Leitung der wöchentlichen Kochgruppe

Berufliche Identität

A: Pädagogische Sichtweise in das Krankenhaus bringen, als Schnittstelle fungierend
Typisch sozialpädagogisch ist z.B. das Organisieren und Gestalten von Gruppenfahrten
B: identifiziert sich mit dem Sozialpädagogischen, gerade im Krankenhaus ist es wichtig als Sozialpädagoge präsent zu sein. Z.B. In Besprechungen wenn es um Nachsorge geht fehlt von

den Anderen der Blick dafür, Nachsorge ist zu einem Schwerpunkt geworden, da immer mehr Kinder schwerer beschulbar sind (Schulabsentismus, Schulphobie) und Soziale Ängste zugenommen haben.

Im Vergleich zu den Kollegen in anderen Bereichen, als Sozialpädagoge viel Erfahrung im Bereich der Organisation und Beratung. Objektivität ist leichter zu bewahren, da weit genug vom Kind weg.

Die Wichtigkeit dieses Aspekts muss in einem Krankenhaus immer wieder deutlich gemacht werden

C: erfährt Druck von verschiedenen Seiten gleichzeitig. Zum Einen gibt es den Entlassungsdruck vom Team und den Ärzten zum Anderen geben die Lebensbedingungen/-situation der Kinder außerhalb etwas anderes vor. Manchmal brauchen Dinge länger Zeit und die Jugendämter sind noch nicht Fallzuständig, also weitere Hilfen noch nicht genehmigt. Hat manchmal Schwierigen mit der Vergabe von Medikamenten, gerade je jünger die Kinder sind. Eventuell könnten auch spezielle Bewegungsangebote für die Kinder sinnvoll sein, sodass nur über einen kurzen Zeitraum medikamentös behandelt werden muss.

Kooperation

Gelingensbedingungen

„Von Seiten der Jugendhilfe ist es sehr hilfreich keine Vorbehalte der Psychiatrie gegenüber zu haben. Das ist extrem wichtig.“ Vorbehalte sind durch Kooperations-, Austausch- und Fachtagungsgespräche bereits weniger geworden, allerdings gibt es das immer noch. Persönliche Kontaktaufnahme so früh wie möglich, das Jugendamt informieren. Hat die Erfahrung gemacht, dass je früher die jugendlichen Einrichtungen Kontakt zur Klinik und den betroffenen Personen aufnehmen, desto besser das Gelingen. Der Zeitfaktor ist entscheidend! Erforderlich sind das rechtzeitige Schreiben und Weiterleiten von Entlassungsberichte und Sozialpädagogischen Stellungnahmen

Es ist hilfreich mit Einrichtungen zusammenzuarbeiten, die bereits Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen aus der Psychiatrie haben. Z.B. kann ein Kind im Krisenfall für 1-3 Tage wiederholt in das UKE kommen. Und die Einrichtung ist dann relativ schnell wieder in Bereitschaft, sich wieder auf das Kind oder Jugendlichen einzustellen. „Wenn so eine Kooperation gelingt, das ist optimal.“ Es gibt einige WG's mit denen das über lange Zeit besonders gut funktioniert

Wertschätzender, respektvoller Umgang (von Seiten der Jugendämter)

Die Arbeitsbedingungen der anderen Seite müssen bekannt sein, man muss offen für Vorschläge sein

Die gemeinsame Bereitschaft, für das Kind etwas Optimales zu finden

Die Erfahrungen der anderen Seite akzeptieren und sich damit auseinandersetzen, sodass ein fachlicher Austausch stattfinden kann

Offenheit, damit ein Miteinander überhaupt geschehen kann

Durch persönlichen Austausch entsteht oft erst das notwendige Verständnis für die andere Seite. Dafür ist das Übermitteln der gegenseitigen Vorstellungen sehr wichtig

Transparenz, gegenseitiges Vertrauen und Toleranz, damit kein Neid entsteht

Ein beidseitiger fortwährender Kontakt (auch vor Ort)

Woran scheitert es?

Wenn die Klinik schon etwas will, das Jugendamt noch gar nicht involviert ist

Arroganz ist hinderlich, „wenn von Seiten der Klinik so etwas rüber kommt wie, wir wissen sowieso wie der beste Weg ist.“

Wenn von ärztlicher Seite direkt deutlich wird, dass das Kind in eine Einrichtung soll.

Vorschnelle Empfehlungen sind nicht der richtige Weg. Diese Empfehlung sollte erst am Ende oder im Laufe der Behandlung ausgesprochen werden

Vorurteile gegenüber der Psychiatrie

Organisation

Vorhanden: Zeitliche Freiräume und viel Spielraum, Möglichkeit zur eigenen Arbeitseinteilung (abgesehen von festen Besprechungsterminen der Station)

Schwierig: Äußere Strukturen, wie z.B. die Finanzierung und der damit verbundene Druck durch die Krankenkassen

Führung und Verantwortlichkeit

Fachgespräche und Runde Tische, solange sich das Kind in der Klinik befindet, werden von dem Sozialpädagogen organisiert, koordiniert und häufig auch geleitet. Bei Runden Tischen werden die Eltern von den behandelnden Ärzten eingeladen, da diese den intensivsten Kontakt haben. Diese Gespräche finden im UKE statt. Alle Gespräche, die im UKE stattfinden, werden auch von den Pädagogen des UKE's moderiert. Wenn es zu kompliziert wird, wird der Oberarzt mit einbezogen.

Hilfeplangespräche werden vom Jugendamt organisiert

Erfahrungen in der Kooperation

Es kommt oft darauf an in welchem Zusammenhang man kooperiert

Positiv: Wenn man nur im Vorwege im Kontakt steht und danach nicht mehr (die Suche und Kontaktaufnahme einer passenden Einrichtung), klappt die Kooperation oft gut

Wenn Kinder aus einer WG kommen, ist es nicht immer so einfach. Die Eigenkritik, dass man selber stärker auf die andere Seite zugehen muss indem man sich vorstellt und Austauschangebote macht

Guter Kontakt zu heilpädagogischen Einrichtungen außerhalb Hamburgs, viel Offenheit, ein schneller Besuch folgt und es bleibt ein fortwährend bestehender Kontakt mit beidseitigem Austausch. Es wird einem viel Zeit entgegengebracht und man wird freundlich empfangen. Schönste Erfahrung war mit dem Hof Wallberg, bei dem das besuchende Kind erst einmal in den Garten geführt wurde und Frühstück bekam

Gute Erfahrungen mit den WG's vom Rauhen Haus. Die Mitarbeiter sind sehr engagiert und bereit sich auf die Kinder und Jugendlichen einzulassen. Sie bleiben am Ball wenn es Krisen gibt und geben nicht so schnell auf

Positiv, wenn man voneinander weiß, dass man sich auf die Einschätzung und Empfehlung der anderen Seite verlassen kann. Z.B. Warum passt welches in Kind in welche WG?

Wenn Einrichtungen von sich aus auf das UKE zukommen um ihr Konzept oder neue Einrichtungen vorzustellen, da es sonst schwierig ist bei dem vielfältigen Angebot immer auf dem neusten Stand sind

Negativ: Keine guten Erfahrungen mit dem Angebot in Hamburg. „Es wird viel installiert in Hamburg aber für die Kinder, für viele Kinder, reicht dieses Angebot schulisch oft nicht. Das finde ich ein Politikum und das finde ich eine Katastrophe.“ Dadurch wird auch der Kontakt aus der eigenen Motivation heraus kaum gehalten.

Schwierige Zusammenarbeit mit einer WG in der Frohmestraße

Erfahrung mit einer WG mit tollem Konzept hat, die sich selber viel zutraut, sich damit allerdings selber überfordert, so dass das Kind evtl. wieder erneut in die Klinik gebracht werden muss, da das Angebot nicht ausreichend war

Nutzen der Kooperation

Im Optimal fall, ist es ein entspanntes Arbeiten mit wenig Stress und einer passenden Lösung für das Kind

Kooperation als Sicherheit, dass es etwas werden kann. „Je vernetzter und je einheitlicher das Prozedere ist, desto eher kann regelmäßig darauf verlassen werden, ja, es wird schon gut werden.“

Der Eigennutz, dass man weiss, es gibt einen guten Übergang für das Kind und man kann sich im Nachhinein in den Einrichtung nach dem Kind informieren

Wünsche und Erwartungen

Ehrlichkeit von beiden Seiten. Über einen Fall aufrichtig austauschen, eigene Grenzen benennen und kennen

Wenn die andere Seite ihren Alltag ausführlich schildern

Der Wunsch, dass wenn Kinder und Jugendliche aus der Klinik in eine WG gehen, die Einrichtung den Kontakt zur Klinik sucht und ein Entlassungsgespräch, etc. einfordert, gut vorbereitet ist und sich einbringt

Mediation als Handwerkszeug (zusätzliche Ausbildung) wäre sinnvoll im Krankenhaus, gerade im Kontakt mit den Eltern

Langfristig sollten Fachtage und Austausche eingeführt werden

Gegenseitiges Kennenlernen, Ansätze und Systeme, Umgang mit den Kindern und Jugendlichen

Mehr finanzielle Mittel sollten zur Verfügung stehen, für jede Seite

Mehr Informationen über die Sozialraumorientierten Angebote, die viel auffangen sollen, sowie Angebote für Jugendliche ab 16

Erwartungen der Anderen

Große Erwartungen und Wünsche der Jugendhilfe, die durch Klinik erst einmal entlastet wird: Das Kind bekommt die perfekte Orientierung und wird verändert, sodass das Kind gut in einer Einrichtung ankommen kann

Mehr Beispiele, Wissen und Handwerkszeug bei starken Impulsdurchbrüchen um mehr Verständnis zu bekommen

Alltagstaugliche, konkrete Handlungsanweisungen und Unterstützung

Good Practice

Ein Fachtage eines Trägers, bei dem die eigene Arbeit durch einen Impulsvortrag vorgestellt wird, sodass man gemeinsam an einer Sache arbeiten kann

Einzelne Ärzte führen Visiten bei Einrichtungen durch, das Konzept einer Oberärztin ist jedoch nicht durchgekommen und musste wieder eingestellt werden

Mit einem ehemaligen ärztlichen Kollegen zusammen in den Margaretenhort gefahren um sich über den Umgang mit Borderline-Persönlichkeitsgestörten Jugendlichen auszutauschen (Rollenspiele)

Kooperation mit Studenten, den eigenen Nachfolgern bzw. zukünftigen Kooperationspartnern macht Freude und ist nachhaltig

Sicht der Kinder und Familien

Bei der Vorbereitung von Erstgesprächen erleben die Jugendlichen oft Spannung und sind Unsicher, wie die Sache ausgeht

Guter Kontakt zu WG's überträgt sich auf die Kinder und Jugendlichen sofort

Ergänzung und Verbesserungsvorschläge

Idee, dass die Kinder auf der Station ein mobiles Team aus der Jugendhilfe haben, das sich um sie kümmert, sodass ohne große Formalitäten schnell und flexibel reagiert werden kann

In der Kooperation müssen die Sozialpädagogen des UKE's sich den Einrichtungen vorstellen, Austauschangebote machen und auf die andere Seite zugehen

Es kann hilfreich sein, Kontrolle abzugeben was die Angebotsberatung von Seiten des Jugendamts betrifft. Wenn die Eltern, die ein Wunsch und Wahlrecht haben sich gegen die eigene Vorstellung entscheiden, kann sich das schicksalhaft und erleichternd anfühlen. Man kann nicht immer seine Sichtweise und Lösung durchdrücken

Es ist wichtig, dass die Eltern gut informiert und vorbereitet werden