

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

Anforderung an eine multiprofessionelle Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ergebnisse des Forschungsprojektes Grenzgänger

Bachelorthesis

Tag der Abgabe: 23.05.2017

Vorgelegt von: Laura Ketelsen

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweite Prüfende: Astrid Jörns-Presentati

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG	1
2 HILFESYSTEME IM ÜBERBLICK	2
2.1 (HISTORISCHER RÜCKBLICK) EINBLICK IN DIE ENTSTEHUNGSGESCHICHTE DER HILFESYSTEME	3
2.2 DAS SYSTEM DER KINDER- UND JUGENDHILFE	4
2.2.1 Hilfen zur Erziehung (§§ 27-35 SGB VIII)	7
2.2.2 Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35 a SGB VIII)	7
2.2.3 Hilfe für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII)	8
2.3 DAS SYSTEM DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	9
2.3.1 Ambulante Versorgung	11
2.3.2 Teilstationäre Versorgung	12
2.3.3 Vollstationäre Versorgung	12
3. KOOPERATION ZWISCHEN KINDER- UND JUGENDHILFE UND KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	13
3.1 DIE RELEVANZ EINER KOOPERATION	14
3.2 MULTIPROFESSIONELLE KOOPERATION	15
3.2.2 Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation	16
3.2.3 Herausforderung in der Kooperation zwischen den Systemen	18
4. EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG (ZUR ERFAHRUNG) AUS DER PRAXIS	20
4.1 DAS FORSCHUNGSPROJEKT „GRENZGÄNGER“	21
4.2 DIE METHODIK	22
4.2.1 Methodische Vorgehensweise zur Auswertung der Interviewstudie	23
4.2.2 Vorstellung der Interviewpartner_innen	24
4.3.1 Gemeinsame Schnittstellen in der multiprofessionellen Kooperation	25
4.3.2 Persönliche Erfahrungen in der allgemeinen Zufriedenheit zur Zusammenarbeit (Good/ Bad Practice)	26
4.3.3 Voraussetzungen und Hindernisse für eine gelingende Kooperation	28
4.4.4 Verbesserungswünsche für eine gemeinsame Zusammenarbeit	31
5.1 GEMEINSAME SCHNITTSTELLEN IN DER MULTIPROFESSIONELLEN KOOPERATION	33
5.2 PERSÖNLICHE ERFAHRUNGEN IN DER ALLGEMEINEN ZUFRIEDENHEIT ZUR ZUSAMMENARBEIT (GOOD/ BAD PRACTICE)	33

5.3 VORAUSSETZUNGEN UND HINDERNISSE FÜR EINE GELINGENDE KOOPERATION	34
5.4 VERBESSERUNGSWÜNSCHE FÜR EINE GEMEINSAME ZUSAMMENARBEIT.....	35
6. SCHLUSSFOLGERUNG	36
7. LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS	39
8. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	45
9. ANHANG.....	46

1 Einleitung

Die vorliegende Bachelorthesis beschäftigt sich im Wesentlichen mit der Schnittstelle zwischen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ausgangspunkt stellt dabei das Praxis- und Forschungsprojekt „Grenzgänger“ dar, welches sich in der Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Entwicklung von gemeinsam abgestimmten Hilfen für psychosozial belastete und benachteiligte Kinder und Jugendliche auseinandersetzt. Nicht zu unterschätzen ist dabei die Notwendigkeit einer fachübergreifenden Kooperation zwischen den genannten Hilfesystemen, um ein möglichst optimales Gesamthilfesystem zu schaffen. Die Praxis zeigt, dass die beiden Hilfesysteme bei der Umsetzung konstruktiver, passgenauer Hilfen für schwierige sowie komplexe Fälle aufeinander angewiesen sind, weshalb sich die vorliegende Arbeit mit dem Schwerpunkt einer gelingenden Kooperation zwischen den Professionen als Antwort auf ein gemeinsames kollegiales Verantwortungsbewusstsein im Abstimmungsprozess auseinandersetzt.

Die vorliegenden Forschungsbefunde zeigen, dass eine Einigkeit dahingehend besteht, dass fall- und feldbezogene Kooperationsnetzwerke ebenso notwendig wie anlassübergreifende Kooperationsstrukturen sind, um eine erfolgversprechende Unterstützung der Problembewältigung anbieten zu können und einen positiven Hilfeverlauf zu gewährleisten. Es wird davon ausgegangen, dass eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen der KJH sowie der KJP nachhaltig zu einer Verbesserung der Hilfe für die betroffenen Kinder und Jugendlichen führen kann. So ist ein Zusammenwirken zwischen den Hilfesystemen hilfreich und notwendig, um die Bedarfs- sowie Interventionsplanung im Hilfeschehen bestmöglich zu erfüllen. Dennoch herrscht seit der Erweiterung des § 35 a SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz), welcher die KJH und die KJP zu einer gesetzlichen Kooperationsbereitschaft zwingt, weiterhin ein ambivalentes Verhältnis zwischen den beiden Kooperationspartnern. Nicht zuletzt aufgrund unterschiedlicher Zugänge und Sichtweisen zu Kindern und Jugendlichen sehen die beiden Hilfesysteme sich oftmals in Konkurrenz zueinander, wodurch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit weiterhin als Herausforderung beidseits angesehen wird.

In der vorliegenden Arbeit soll es um folgende Fragestellung gehen:

Welche Faktoren sind für eine gelingende Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig, um einen gelingenden Hilfeprozess für Kinder und Jugendliche beim Vorliegen einer psychischen Störung sowie eines Unterstützungsbedarfs gemäß SGB VIII sicherzustellen.

Im ersten Kapitel der Arbeit wird ein Überblick über die beiden Hilfesysteme gegeben. Hierbei werden vor allem die konzeptionelle sowie methodische Ebene, als auch die Art ihrer Finanzierung sowie ihrer gesetzlichen Verortung beleuchtet. Es wird außerdem ein Einblick in die Entstehungsgeschichte der Hilfesysteme gegeben. Im zweiten Kapitel wird die Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie anhand aktueller Forschungsbefunde dargestellt. Hierbei soll vor allem die Relevanz einer multiprofessionellen Kooperation verdeutlicht werden. Daran anschließend werden Voraussetzungen sowie Hindernisse für eine gelingende fachübergreifende Zusammenarbeit dargestellt. Das dritte Kapitel umfasst den empirischen Anteil der Bachelorthesis mit den Ergebnissen aus dem Forschungsprojekt „Grenzgänger“. Im ersten Schritt soll zunächst das Forschungsprojekt vorgestellt werden, um daran anknüpfend im zweiten Schritt die Methodik zu beschreiben. Der Abschluss dieses Kapitels bildet dann schließlich die analysierten Ergebnisse der sieben Experteninterviews (Mitarbeiter_innen aus den beiden Hilfesystemen) anhand von Kategorien. Im anschließenden Kapitel werden die Ergebnisse aus den Interviews mit den theoretischen Erkenntnissen zusammengeführt sowie diskutiert. Der letzte Teil und somit Abschluss der gesamten Bachelorthesis stellt die Schlussfolgerung dar, in der zunächst eine Zusammenfassung sowie Beantwortung der Forschungsfrage gegeben wird.

2 Hilfesysteme im Überblick

Die Kinder- und Jugendhilfe sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind trotz gemeinsamer Berührungspunkte zwei in sich grundverschiedene Arbeitsbereiche. Sie unterscheiden sich ausschließlich in ihren Konzeptionen, Arbeitsformen und Erkenntnistheorien, sondern auch in der Art ihrer Finanzierung sowie ihrer gesetzlichen Verortung (vgl. Fegert/Schrappner 2004, 5).

Zum besseren Verständnis der vorliegenden Arbeit soll im folgenden Abschnitt zunächst eine historische Skizze zur Entstehung beider Hilfesysteme mit ihren Gemeinsamkeiten und Unterschieden sowie ein Einblick in die jeweiligen Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie gegeben werden.

2.1 (Historischer Rückblick) Einblick in die Entstehungsgeschichte der Hilfesysteme

Die Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie tragen eine weitreichende gemeinsame Geschichte mit sich (vgl. Fegert/Schrapper 2004, 18). Aus der Historie geht hervor, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg im öffentlichen Sektor der Kinder- und Jugendwohlfahrt angesiedelt war. Mit Eintreten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) zu Beginn des Jahres 1991 entwickelte sich aus der Kinder- und Jugendwohlfahrt die heutige Kinder- und Jugendhilfe, wodurch sich die beiden Arbeitsbereiche trennten (vgl. ebd., 18 f.). Eine Trennung ist vor allem in den unterschiedlichen Handlungsansätzen zu vermerken. Während sich die Kinder- und Jugendhilfe an den gesunden Anteilen ihrer Klient_innen orientiert und diese Ressourcen zur Nutzung „einer Höher- und Weiterentwicklung“ (Du Bois 2004, 421) einsetzt, orientiert sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie an den defizitären Anteilen ihrer Patient_innen, die auf medizinischer Ebene gelindert sowie geheilt werden sollen (vgl. ebd., 421). Von einer Trennung beider Disziplinen war Anfang des 20. Jahrhunderts jedoch noch nicht zu sprechen. Grenzen hinsichtlich ihrer Fachlichkeit als auch Profession ließen sich zwischen der heutigen Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht erkennen. Beide Disziplinen hatten ihre ursprüngliche Zugehörigkeit in der Sozialpädagogik. Sie stützten sich auf das Konzept der Verwahrlosung. Seelische Leiden, die noch vor dem 19. Jahrhundert als nicht behandelbar galten, weil die Ansicht bestand, dass sie von Gott gewollt waren, fanden im 19. Jahrhundert eine bedeutende Rolle in ihrer medizinischen Behandelbarkeit. Doch auch die Lebenswelten der Betroffenen wurden dabei herangezogen mit dem Ziel, biographische Notlagen umzugestalten, welche die inneren Wertvorstellungen des subjektiven Handelns beeinflussten (vgl. Winkler 2004, 45). Nach dem zweiten Weltkrieg entstanden gemeinsame Berührungspunkte dahingehend, dass die beiden Professionen erstmals in gemeinsamen Einrichtungen zusammenarbeiteten. Hier trafen Mitarbeiter_innen aus dem ärztlich-psychologischen Bereich auf Mitarbeiter_innen aus dem schul- und sozialpädagogischen Arbeitsfeld. In den darauf folgen-

den Jahren etablierte sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einer eigenständigen Disziplin, wodurch sich die heutigen Fachdisziplinen wieder voneinander abgrenzten. In den Jahren zwischen 1960 und 1970 fand ebenso eine Etablierung der Sozialpädagogik als Antwort auf die „Psychiatisierung“ statt. (vgl. Beck 2008, 16). In diesem Zeitraum wurde dennoch ein Austausch der beiden Professionen auf verschiedenen fachspezifischen Informationsveranstaltungen durchgeführt. Die Abgrenzung zwischen den beiden Systemen wurde im Jahr 1989 auf der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung deutlich. Hieraus ergab sich der Standpunkt, dass eine Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendhilfe nicht darin bestehen kann, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie ihre medizinischen Fachkompetenzen über die Fachkompetenzen der Kinder- und Jugendhilfe stellt.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben gemäß § 35 a SGB VIII (Eingliederungshilfe), sieht die gegenwärtige Situation vor, dass eine Kooperation zwischen den beiden Fachdisziplinen unumgänglich ist (vgl. ebd., 16 f.).

2.2 Das System der Kinder- und Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe (KJH)¹ gilt als ein bedeutsames Unterstützungssystem für Kinder und Jugendliche, welches 1991 Eingang in das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) fand und im achten Teil des Sozialgesetzbuches (SGB VIII) fest etabliert wurde (vgl. Fröhlich-Gildhoff u. a. 2007, 224). Die Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe besteht im Allgemeinen darin, junge Menschen in ihren Entwicklungsprozessen zu begleiten, zu fördern sowie zu unterstützen. Kinder und Jugendliche sowie deren Familien sollen durch das Bereitstellen diverser Angebote in den Bereichen Freizeit, Bildung und Beratung u.a. im Alltag gefördert werden. In Belastungs- und Krisensituationen hat die Kinder- und Jugendhilfe die Aufgabe individuelle Hilfs- und Unterstützungsangebote für die Betroffenen zu gewährleisten (vgl. Schone 2004, 29). Gemäß Artikel 6 Abs. 2 Satz 1 im Grundgesetz (GG) liegt das natürliche Recht zur Erziehung der Kinder in der Verantwortung der Eltern, wobei der Staat gemäß Artikel 6 Abs. 2 Satz 2 GG im Rahmen des sogenannten Wächteramtes über die Ausübung der elterlichen Erziehungsverantwortung wacht (vgl. Stascheit 2013, 16). Ist von einer Gefährdung des Kindes oder Jugendlichen auszugehen, so ist die Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen ihres Wächteramtes zur Einschreitung in die elterliche Erziehungsverantwortung verpflichtet (vgl. Schone 2004, 29). Sind die Erziehungsberechtigten nicht gewillt oder in der

¹ Im Folgenden werden die Begriffe Kinder- und Jugendhilfe und KJH synonym verwendet.

Lage eine Gefährdung des Kindeswohls durch die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen aus der Kinder- und Jugendhilfe abzuwenden, so entscheidet das Familiengericht und in akuten Krisen das Jugendamt über eine geeignete und notwendige Maßnahme zur Abwendung der Gefährdung (vgl. Wiesner 2004, 49). Die grundlegenden Ziele der KJH sind dem § 1 Abs. 3 im SGB VIII detailliert zu entnehmen. Hier heißt es, dass die KJH jedem jungen Menschen, unter Berücksichtigung seines Rechts auf Förderung seiner Entwicklung und Erziehung zu einer eigenverantwortlichen sowie gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit, bei der Verwirklichung 1. seiner individuellen und sozialen Entwicklung mit dem Ziel Benachteiligungen zu vermeiden sowie zu verringern gefördert wird, 2. Eltern und sonstigen Erziehungsberechtigten unterstützend und beratend zur Seite zu stehen, 3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren zu schützen und 4. positive Lebens- sowie umweltfreundliche Bedingungen zu erzielen (vgl. Stascheit 2013, 1230).

Adressat_innen der KJH sind vor allem minderjährige Kinder und Jugendliche, die unter der elterlichen Sorge stehen. Demnach verstehen sich die Hilfs- und Unterstützungsangebote nicht allein beschränkt auf eine einzelne Person, sondern auf das gesamte Familiensystem. Darüber hinaus besteht ebenfalls für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres ein Anspruch auf Leistungen der KJH sowie für junge Menschen mit anderen Staatsangehörigkeiten, sofern eine rechtmäßige Prüfung zum Aufenthaltsstatus vorgenommen wurde (Wiesner 2004, 50).

Zentrale Leitprinzipien der KJH lassen sich aus dem Gesetzestext nach § 11 Abs. 1 Satz 2 SGB VIII grob entnehmen. Hier steht geschrieben, dass die Tätigkeit der KJH an den Interessen junger Menschen anknüpfen soll und von ihnen mit- sowie selbstbestimmt werden sollen (vgl. Stascheit 2013, 1234). Als eine sozialstaatliche Leistung unterstützt die KJP Eltern bei der Bewältigung immer schwierig werdender Erziehungsaufgaben und steht jungen Menschen fördernd auf ihrem Weg ins Leben und in die Gesellschaft zur Seite. Grundsatz pädagogischer Methoden sind hier die Beratung, Begleitung und Bildung. Außerdem hat die KJP die Aufgabe Kinder und Jugendliche sowie Familien neben der Unterstützung und Entlastung ebenso Hilfe und Schutz zu gewährleisten. Das Konzept der „Lebensweltorientierung“ ist seit 1989 im 8. Jugendbericht der Bundesregierung als Leitidee festgeschrieben. Soziale Arbeit und damit die Kinder und Jugendhilfe sieht ihre Konzeption und Methodik darin, sich an der Lebenswelt (Erfahrungen, Interpretationen und Ressourcen) junger Menschen und deren Familie zu orientieren. Dahinter steckt der Leitgedanke sich von politischen sowie religiösen Werten und Normen als das „richtige“ Lebenskonzept zu lösen. Vielmehr wird daran geglaubt, dass der Mensch in der Lage ist, Probleme mit Hilfe verfügbarer Kompetenzen und

Ressourcen selbstständig zu lösen. Die KJH setzt an diesen Leitgedanken an, indem sie sich zunächst an den vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen (Ressourcenorientierung) und nicht an den Defiziten und Problemen orientiert (vgl. Fegert/ Schrapper 2004, 18 f.).

Im SGB VIII wird eine Unterteilung für die Arbeitsaufgaben der KJH in „Leistungen der Jugendhilfe“ und „andere Aufgaben der Jugendhilfe“ vorgenommen. Unter Leistungen der KJH werden die §§ 11-41 SGB VIII wie folgt zusammengefasst:

- Leistungsangebote der Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit sowie Angebote des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes gemäß §§ 11-14 SGB VIII,
- Leistungsangebote zur Förderung der Erziehung in der Familie gemäß §§ 16-21 SGB VIII,
- Leistungsangebote zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege gemäß 22-26 SGB VIII,
- Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 27-35 SGB VIII, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gemäß § 35a SGB VIII sowie die Hilfe für junge Volljährige gemäß 41 SGB VIII

Unter anderen Aufgaben der KJH, welche sich gemäß §§ 42-60 SGB VIII wie folgt zusammenfassen, gehören zum Beispiel:

- Inobhutnahmen von Kindern und Jugendlichen gemäß § 42 SGB VIII,
- Mitwirkung in Verfahren vor den Familiengerichten, beispielsweise bei einem Kindeswohlverfahren, gemäß §50 SGB VIII,
- Mitwirkung in Verfahren nach dem Jugendgerichtsgesetz gemäß § 52 SGB VIII,
- Amtspflegschaft sowie Amtsvormundschaft gemäß § 55 SGB VIII (vgl. Stascheit 2013, 1230 ff.).

Finanziert werden diese Leistungen aus den Ausgaben der allgemeinen Steueraufkommen (vgl. Späth 2004, 501).

Entscheidend für eine Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie stellen insbesondere die Leistungsangebote aus der Hilfe zur Erziehung (§§ 27-35 SGB VIII), die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35 a SGB VIII) sowie die Hilfe für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII) dar. Von einer Kooperationschnittstelle ist in diesen Bereichen insofern auszugehen, wenn bei einem jungen Menschen neben einem sozialpädagogischen Hilfebedarf zusätzlich auch eine fachärztliche Behandlungsnotwendigkeit vorliegt oder umgekehrt (vgl. Schone, 31).

2.2.1 Hilfen zur Erziehung (§§ 27-35 SGB VIII)

Hierbei handelt es sich um eine Hilfeart, die einen vielfachen Leistungskatalog „individueller pädagogischer und/oder therapeutischer Maßnahmen“ (Wiesner 2004, 52), unterteilt in ambulante sowie stationäre (teilstationäre) Angebote, zusammenfasst. Zu den ambulanten Hilfeformen zählen die Erziehungsberatung (§ 28), soziale Gruppenarbeit (§ 29), Erziehungsbeistandschaft (§ 30) und die Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31). In die stationären sowie teilstationären Hilfeformen lassen sich die Erziehung in einer Tagesgruppe (§ 32), Vollzeitpflege (§ 33) sowie die Heimerziehung- und sonstige betreute Wohnformen (§ 34) einteilen. Die Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung wird ambulant wie auch stationär angeboten (vgl. Stascheit 2013, 1239 ff.). Die Notwendigkeit einer stationären Unterbringung gehört in der Jugendhilfe zu den außerordentlichen Maßnahmen. Das bedeutet, dass sich der Lebensort des Kindes/ Jugendlichen außerhalb der Familie in einer Pflegefamilie, einem Heim oder einer Wohngruppe langfristig verlagert (vgl. Schone 2004, 31). Das Kind/ der Jugendliche soll dadurch die Chance erfahren, das eigene Selbstbild sowie das Bild von der Außenwelt positiv zu revidieren und anzupassen (vgl. Freigang 1989, 31). Ein Anspruch auf Hilfe zur Erziehung steht der Personensorgeberechtigten Person, meist den Eltern, bei der Erziehung eines Kindes oder Jugendlichen zu, wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe demnach für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist. Hilfeart sowie –umfang werden im Einzelfall, gemessen an dem erzieherischen Bedarf (vgl. Wiesner 2004, 52) und unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts gemäß §36 SGB VIII (Mitwirkung im Hilfeplan), entschieden (vgl. Stascheit 2013, 1241).

2.2.2 Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35 a SGB VIII)

Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist wie folgt im Kinder- und Jugendhilferecht gemäß § 35 a SGB VIII verordnet:

„Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (Stascheit 2013, 1240)

Demnach wird der Begriff der seelischen Behinderung rechtlich als ein Zusammenwirken von psychischer Krankheit und gesellschaftlicher Desintegration verstanden. Während Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder und Jugendpsychotherapeut_innen die Aufgabe haben, die Abweichung einer seelischen Gesundheit in einer Stellungnahme zu diagnostizieren, so liegt die Aufgabe zur Beurteilung einer sozialen Desintegration im Tätigkeitsfeld der KJH (vgl. ebd., 1240). Damit ist eine Schnittmenge in der gemeinsamen Arbeit zwischen der KJH und der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegeben, wodurch eine Kooperation der beiden Hilfesysteme unabdingbar ist. Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall geprüft und in ambulanter Form, in Kindertageseinrichtungen oder teilstationären Einrichtungen, durch qualifizierte Pflegepersonen und in Heimerziehung (Einrichtungen über Tag und Nacht) oder sonstigen Wohnformen geleistet (vgl. Stascheit 2013, 1240).

2.2.3 Hilfe für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII)

Bei dieser Hilfeart soll einem jungen Volljährigen, „wer 18 aber, noch nicht 27 Jahre alt ist“ (Stascheit 2013, 1231), Hilfe für die noch nicht abgeschlossene Persönlichkeitsentwicklung sowie Gewährleistung zu einer eigenständigen Lebensführung geleistet werden. In der Regel wird die Hilfe ausschließlich bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres geleistet, ausgenommen die Einzelfallprüfung hat dazu geführt, dass der Hilfebedarf, aufgrund der individuellen Situation des jungen Menschen, weiterhin notwendig ist. In solch einem Einzelfall kann die Hilfe bis zum 27. Lebensjahr weiterhin gewährt werden. Die Hilfe wird, abgestimmt auf den individuellen Bedarf des jungen Volljährigen, entweder in ambulanter oder stationärer Form gewährt (vgl. Stascheit 2013, 1243).

Abschließend ist festzuhalten, dass sich die Zielsetzungen der jeweiligen Hilfen stets aus dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall ergeben und in einem Aushandlungsprozess mit den Personensorgeberechtigten und dem jungen Menschen gemeinsam erarbeitet werden. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass durch das Leistungsangebot der KJH folgende Ziele zentral verfolgt werden: 1. Eine (Wieder-) Herstellung der Erziehungsfähigkeit der Personensorgeberechtigten (in der Regel die Eltern), 2. Jugendliche bei ihrer Verselbstständigung zu unterstützen, 3. Den Lebensort von Kindern und Jugendlichen außerhalb der eigenen Familie, im Rahmen einer stationären Unterbringung, dauerhaft zu sichern (vgl. Schone, 31 f.)

2.3 Das System der Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Deutschland hat sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)² seit dem Jahre 1968 als eine eigenständige medizinische Fachdisziplin etabliert. Das damit noch relativ junge Fachgebiet hat sich die Erkenntnistheorien der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinderheilkunde, der Neurologie, der klinischen Psychologie sowie der Sonder- und Heilpädagogik zu nutzen gemacht und daraus Erkenntnisse und Methoden für die spezifische Arbeit mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen integriert sowie modifiziert (vgl. Denner 2008, 71).

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)³ definiert das Fachgebiet der KJP wie folgt:

„Die Kinder- und Jugendpsychiatrie [...] umfasst die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter.“ (DGKJP 2017, 1)

Die Aufgaben der KJP sind Teil des medizinischen Versorgungssystems und werden durch Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Die gesetzliche Verordnung ist im Sozialgesetzbuch V (SGB) geregelt (vgl. Späth 2004, 501).

Zu den allgemeinen Aufgaben der KJP zählen laut DGKJP die präventive Gesundheitspflege, die Beratung und Begutachtung, die Erkennung sowie Diagnostik psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen sowie der Familie als System und vor allem die Behandlung und Rehabilitation psychisch erkrankter Kinder und Jugendliche (vgl. DGKJP 2017, 2). Die Begriffe *psychische Störung* und *psychische Erkrankung* sind hier als einheitlich zu verstehen. Mitte des 20. Jahrhunderts etablierte sich jedoch der Begriff der *psychischen Störung*. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendet diese Begrifflichkeit. Menschen mit einer *psychischen Störung* werden vielmehr als Klienten angesehen, die in der Lage sind eine Veränderung in ihrer Störung selbst anzustreben, dabei jedoch Unterstützung von einer professionellen Hilfe benötigen. Menschen mit einer *psychischen Erkrankung* hingegen, werden meist als Patienten angesehen und stehen demnach in der Abhängigkeit eines professionellen Helfers. Je nach Weltansicht werden heute noch beide Auffassungen verwendet und genutzt (vgl. Baierl 2014, 16 ff).

² Im Folgenden werden die Begriffe Kinder- und Jugendpsychiatrie und KJP synonym verwendet.

³ Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) ist eine wissenschaftliche Vereinigung aus Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie.

Zu den wesentlichen psychiatrischen Störungsbilder, die in der KJP behandelt werden, zählen: Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (z.B. ADHS), Störungen des Sozialverhaltens (z.B. aggressives Verhalten), Depressionen, Angststörungen (z.B. Schulphobie), Essstörungen (z.B. Anorexie, Adipositas), Posttraumatische Belastungsstörungen (z.B. Zustand nach Misshandlungen, Unfällen, Kriegserlebnissen), Psychotische Störungen (z.B. Schizophrenien)⁴(vgl. Denner 2008, 74 ff.). Man geht heute davon aus, dass mehrere Ursachen wie das Zusammenspielen von körperlichen, familiären, lebensgeschichtlichen sowie soziologischen Faktoren bei der Entstehung einer psychischen Störung eine tragende Rolle einnehmen (vgl. Baierl 2014, 18). Die DGKJP spricht von einer „multifaktoriellen Entstehung“, die dementsprechend einer „multifaktoriellen Behandlung“ bedarf (vgl. DGKJP 2017, 2). Das heißt, dass die Behandlungsmaßnahmen im Zusammenwirken mit dem Individuum, seiner Familie und seinem lebensgeschichtlichen Lebensumfeld geleistet werden (vgl. ebd., 2). Demnach ist in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen in der Regel ein multiprofessionelles Team tätig. Dieses besteht neben der ärztlichen Berufsgruppe aus weiteren Fachkräften wie Psycholog_innen, Kinder- und Jugendpsychotherapeut_innen, Sozial- sowie Heilpädagog_innen, Sozialarbeiter_innen, Musik-, Kunst- und Ergotherapeut_innen u.a. (vgl. Denner 2008, 73 f.).

Ausgehend von Symptomen erfolgt die Erhebung einer Diagnose nach der ICD-Klassifizierung. ICD⁵ steht für die deutsche Bezeichnung „Internationale Klassifikation von Krankheiten“ und wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt. Mittlerweile ist diese in der 10. Ausführung weiter entwickelt worden, woraus sich die Bezeichnung ICD-10 ergibt. Das Klassifikationssystem dient in der KJP als diagnostische Leitlinie, die ein psychisches Störungsbild differenziert darlegt. Allerdings wurde die ICD-Klassifikationen zunächst für Erwachsene konzipiert und konnte der Kinder- und Jugenddiagnostik, aufgrund der Unterschiede in der Vielschichtigkeit und Problematik des Kindes- und Jugendalters (z.B. Alter, Lebenswelt, Erscheinungsform der Störungsbilder) im Vergleich zum Erwachsenen, nicht gerecht werden. Demzufolge hat die KJP angepasst an die ICD-10-Klassifikation ein eigenes Klassifikationsschema, abgestimmt auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, mit der Bezeichnung „Multiaxiale Klassifikationsschema“ (MAS) für psychische Störungen bei Kindern- und Jugendlichen entwickelt. Hierbei handelt es sich um sechs Achsen, zusammengestellt aus Klassifizierungsmerkma-

⁴ Die Auflistung der psychiatrischen Störungsbilder ist nicht abschließend. Eine Ausführung dieser ist für das weitere Verständnis der vorliegenden Arbeit irrelevant.

⁵ ICD steht für die internationale Abkürzung „International Classification of Diseases“.

len der ICD-10 sowie zusätzliche Zustandsbeschreibungen des Kindes bzw. Jugendlichen (vgl. Baierl 2014, 25 ff.).⁶ Bei der Gewinnung von Informationen durch medizinische, psychiatrische und psychologische Untersuchungen, die schließlich zu einer Diagnose führen, sind neben der Symptomatik, ebenso die Betrachtung der Familie als ganzheitliches System notwendig sowie hilfreich für eine vielfältige Betrachtungsweise des Gesamtzustandes des betroffenen Kindes bzw. Jugendlichen (vgl. Remschmidt u. a. 2011, 39).

Nachdem eine medizinische Diagnose des Störungsbildes gestellt wurde, erfolgt die Planung einer Therapie, die schließlich in eine auf die Störung des Kindes bzw. Jugendlichen abgestimmte Versorgungsmaßnahme mündet. In dem Prozess der Therapieplanung sowie Entscheidung über die Versorgungsmaßnahme werden in der Regel die Eltern wie auch der betroffene junge Mensch, sofern dies altersgerecht möglich ist, miteinbezogen. Die interdisziplinäre Kooperation mit den bereits o.g. Fachkräften ist für den Erfolg einer Therapie unumgänglich, da hier auf die Vielfalt der angebotenen Hilfestellungen zur Realisierung einer abgestimmten Therapieplanung sowie anschließender Versorgungsmaßnahme eingegangen werden kann (vgl. Libal/ Fegert 2004, 232). Versorgungsmaßnahmen der KJP können ambulant, teil- sowie vollstationär erfolgen und werden im Folgenden ausführlicher erläutert. (vgl. Denner 2008, 72).

2.3.1 Ambulante Versorgung

Nach Libal/ Fegert gehört die ambulante Versorgung zu den am häufigsten angewandten Behandlungsformen in der KJP. Die Behandlungsintensität kann von den Betroffenen sowie deren Eltern und/ oder weiteren Angehörigen individuell gestaltet werden. Termine werden in Absprache mit den o.g. Personen fest vereinbart, wodurch der Alltag für die Familien so wenig wie möglich gestört wird. Kinder bzw. Jugendliche sowie deren Familienangehörige sollen in ihrer Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz zur Selbsthilfe unterstützt werden (Libal/ Fegert 2004, 233). Die ambulante Versorgung findet z.B. in Praxen, Kliniken oder Beratungseinrichtungen statt und erfolgt in der Regel durch niedergelassene Ärzt_innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie frei praktizierende Kinder- und Jugendpsychotherapeut_innen. Grundsätzlich geht diese Versorgungsart anderen Versorgungsmaßnahmen voran und setzt nach Denner eine leichte bis mittelschwere Störungsbeeinträchtigung beim Kind bzw. Jugendlichen voraus. (vgl. Denner 2008, 72).

⁶ Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsdiagnostik ist für das Verständnis der vorliegenden nicht relevant, sodass darauf verzichtet wird.

2.3.2 Teilstationäre Versorgung

Bei der teilstationären Behandlungsform werden Kinder und/ oder Jugendliche der Tagesklinik einer Kinder- und Jugendpsychiatrie betreut. Die Kinder und Jugendlichen werden wochentags von morgens bis hin zum späten Nachmittag pädagogisch sowie therapeutisch betreut und am Abend sowie an den Wochenenden verbringen sie ihren Aufenthalt in ihrem gewohnten Umfeld. Dadurch sollen die gewohnten Lebensverhältnisse wie z.B. das Elternhaus und Kontakt zu Freunden gewährleistet sein. Voraussetzung für die Betreuung in einer Tagesklinik sind zum einen die Kooperationsbereitschaft der Familienmitglieder oder anderer Angehöriger sowie die Gewährleistung der täglichen Rückkehr in das natürliche häusliche Milieu. Fortgeschrittene Störungen wie z.B. schwere Depressionen, Selbst- und/ oder Fremdgefährdung, akute psychotische Störungen sind von einer Behandlung in einer teilstationären Versorgung ausgeschlossen und bedürfen einer vollstationären Versorgungsmaßnahme (vgl. Denner 2008, 73).

2.3.3 Vollstationäre Versorgung

Bei der vollstationären Versorgung werden Kinder und/ oder Jugendliche stationär in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen. Ein solcher vollstationärer Aufenthalt bedeutet, dass die Kinder bzw. Jugendlichen aus ihrem natürlichen häuslichen Milieu sowie Umfeld herausgelöst werden (Libal/ Fegert 2004, 234). Unter einem vollstationären Aufenthalt versteht Denner die Betreuung, Behandlung sowie Beschulung von Kindern und Jugendlichen über die gesamte Woche. Der Alltag ist von festen Regeln, z.B. Freizeitgestaltung, Besuchskontakte, geprägt. An den Wochenenden können die Kinder und Jugendlichen, je nach gesundheitlicher Stabilität und Förderung für den weiteren Hilfeverlauf, in ihr natürliches Umfeld entlassen werden (vgl. Denner 2008, 73). Remschmidt betont, dass eine stationäre Aufnahme in eine psychiatrischen Kinder- und Jugendklinik meist nur dann erfolgt, sofern dieser Aufnahme eine erfolglose ambulante Versorgung vorausgegangen ist oder eine zwingende Notwendigkeit zur Behandlung besteht. Eine stationäre Aufnahme wird nicht zuletzt von den Kindern und Jugendlichen als auch deren Eltern bzw. Angehörigen widerstandslos angenommen (vgl. Remschmidt u. a. 2011, 500). Befürchtungen vor Stigmatisierung und Ausgrenzung lassen die Kinder und Jugendlichen in den Widerstand gehen. Vermehrt kommt hinzu, dass Eltern die stationäre Aufnahme ihres Kindes als ihr persönliches Scheitern ihrer Erziehungskompetenzen

empfinden (vgl. Libal/ Fegert 2004, 235). Umso wichtiger ist es, dass die Betroffenen wertschätzend sowie durch einen sensiblen Umgang der Mitarbeiter_innen in der Klinik begleitet werden (vgl. Remschmidt u. a. 2011, 500). Zu den Gründen einer stationären Einweisung zählen vor allem schwere psychische Störungen, bei der die Notwendigkeit einer intensiven Versorgung, Behandlung und/ oder Überwachung besteht (vgl. Denner 2008, 73).

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

Im vorherigen Kapitel ist deutlich geworden, dass es sich bei der KJH und der KJP um zwei komplexe Systeme handelt, die sich je in ihrer Konzeption, Arbeitsform und Erkenntnistheorie als auch in der Art ihrer Finanzierung sowie ihrer gesetzlichen Verortung voneinander unterscheiden. Und dennoch gibt es eine gemeinsame Schnittstelle: Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen als Adressat_innen bzw. Patient_innen. Trotz des gemeinsamen Gegenstands gibt es zwischen den beiden Hilfesystemen fortan vielfache Diskussionen zur Umsetzung einer interdisziplinären Kooperation. Rotthaus (Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) spricht davon, dass die Kooperation zur Zusammenarbeit zwischen der KJH und KJP aus einem gesetzlichen Zwang heraus stets eine Pflanze ist, „die ständig mit sehr viel Liebe und Zeitaufwand gepflegt werden muss und die immer wieder zu verdorren droht, wenn man ihr nicht genug Aufmerksamkeit schenkt.“ (Rotthaus 2007, 24) Die andauernden Auseinandersetzungen zur interdisziplinären Kooperation zwischen den Hilfesystemen basieren nicht zuletzt aufgrund der Einführung des § 35 a SGB VIII (Eingliederungshilfe) als auch der wachsenden Berührungspunkte von Kindern und Jugendlichen mit beiden Systemen, wodurch die Notwendigkeit über den Austausch einer gemeinsamen Ausgestaltung zu einer gelingenden Kooperation erforderlich ist.

Im folgenden Abschnitt soll anhand bisheriger Forschungsergebnisse die Relevanz einer Kooperation anhand von Berührungspunkten zwischen KJH und KJP verdeutlicht werden. Nachfolgend wird der Begriff zur Kooperation definiert sowie ein kurzer geschichtlicher Exkurs zur Entstehung der interdisziplinären Kooperation gegeben werden. Der abschließende Teil dieses Kapitels soll schließlich die Antwort auf die Frage geben, welche Voraussetzungen für eine gelingende Zusammenarbeit notwendig sind und welche vermeintlichen Hindernisse dem im Wege stehen.

3.1 Die Relevanz einer Kooperation

Die Relevanz einer Kooperation zwischen der KJH und KJP bedarf insofern eines immer wiederkehrenden Diskurs, da sich die ausgeprägten Lebenskrisen von Kindern und Jugendlichen nicht regelrecht in die Zuständigkeit des einen, noch des anderen Systems eingliedern lässt. Vielmehr erfordert es ein Zusammenkommen beider Hilfsangebote und nicht deren gegenseitigen Ausschluss. Eine Kooperation entspricht demnach der Notwendigkeit bei einem komplexen Versorgungsbedarf, sofern die Kapazitäten des einen Hilfesystems unzureichend oder ausgeschöpft sind. In der Literatur wird von sogenannten „Grenzfällen“ gesprochen (vgl. Gintzel/ Schone 1989, 5).

Diversen Studien zufolge, erkranken immer mehr Kinder- und Jugendliche an einer psychischen Störung, wodurch ein psychosozialer Versorgungsbedarf und damit gemeinsame Schnittmenge wächst. Im einführenden Abschnitt dieser Arbeit wurde bereits die BELLA-Studie als Teilmodul der deutschlandweiten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts erwähnt. Diese hat in zwei Erhebungszeiträumen (2003 bis 2006 und 2009 bis 2012) gezeigt, dass etwa 22% der Kinder und Jugendlichen zwischen sieben und 17 Jahren bereits psychische Auffälligkeiten sowie psychosoziale Beeinträchtigungen aufweisen (vgl. KiGGS-Studie 2014). Laut dem statistischen Bundesamt ist seit dem Jahre 2000 eine steigende Tendenz im Wachstum an der Erkrankung eines psychischen Leidens (Depression) bei Kindern und Jugendlichen mit stationären Klinikaufenthalt zu vermerken. Die Zahlen sind bis zum Jahre 2015 auf das zehnfache angestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017).⁷ Die Studien zeigen, dass der Anteil Kinder und Jugendlicher mit psychischen Störungen und psychosozialer Beeinträchtigungen gestiegen ist, wodurch sich die Frage nach der Relevanz zur Kooperation zwischen KJH und KJP nicht stellen sollte. Bedingt durch die Komplexität der Problemlagen bei Kindern/ Jugendlichen und damit verbundenen Kontaktaufnahme zu beiden Hilfesystemen ist es notwendig, dass sich diese in ihren unterschiedlichen Hilfsangeboten sowie Unterstützungsmöglichkeiten passend aufeinander abstimmen und so miteinander vernetzen, dass ein möglichst optimales Gesamthilfesystem entstehen kann (vgl. Darius/ Hellwig 2004, 505). Die Vielfalt der psychischen Störungsbilder bedarf einem ebenso vielfältigen und multiprofessionellen Versorgungssystem. Nach einem stationären Klinikaufenthalt von Kindern/ Jugendlichen kann dies beispielsweise bedeuten, dass ein anschließender sozi-

⁷ Das statistische Bundesamt (Destatis) hat den Auftrag, statistische Informationen in objektiver, qualitativer sowie unabhängiger Form bereitzustellen und zu verbreiten.

alpädagogischer Unterstützungsbedarf berücksichtigt werden muss (vgl. Libal/ Fegert 2004, 227).

Eine weitere Schnittmenge und damit gemeinsame Verpflichtung in der Zusammenarbeit von KJH und KJP stellt außerdem die rechtliche Grundlage des § 35 a SGB VIII dar (vgl. Späth 2004, 499). 1993 wurde die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen gemäß § 35 a VIII als eigenständiger Leistungstatbestand im SGB VIII eingeführt (Moos 2008, 154). Hiermit wurde eine Brücke in der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen der KJH und KJP geschaffen, mit dem Ziel medizinische als auch sozial-pädagogische Kompetenzen bei der Hilfeplanung zur Eingliederung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher miteinander zu vereinen (vgl. Homfeldt/ Gahleitner 2013, 78). Hier bedarf es einer gemeinsamen Zuständigkeit für die diagnostische Abklärung einer seelischen Behinderung gemäß § 35 a SGB VIII sowie der Zusammenarbeit bei der Hilfeplanung gemäß § 36 Absatz 3 SGB VIII (vgl. Späth 2004, 499).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein Anstieg an einer psychischen Störung im Kindes- sowie Jugendalter zu erkranken tendenziell steigt, wodurch der gemeinsame Versorgungs- sowie Handlungsbedarf von KJH und KJP bedarfsgerecht als gemeinsamer Auftrag ausgestaltet werden muss (Beck 2008, 23).

3.2 Multiprofessionelle Kooperation

„Kooperation bezeichnet die Abstimmung der verschiedenen Hilfemöglichkeiten und ihre Einordnung zu einem ganzheitlichen, optimalen Hilfeangebot, bei dem jede der Disziplinen ihre Aufgabe wahrnimmt und die beeinträchtigenden Nebenwirkungen auf ein Minimum begrenzt werden.“ (Gintzel 1989, 13)

Unter einer erfolgreichen multiprofessionellen Kooperation verstehen Fegert und Schrapper eine zielgerichtete Koordination von Arbeitsabläufen und eine institutionsübergreifende Abstimmung. Dadurch soll ein reibungsloses sowie effektives Zusammenspiel der Beteiligten im Hilfeprozess ermöglicht werden. Jedoch geht mit einer Zusammenarbeit auch eine wechselseitige Kontrolle sowie Bewertung einher. Ohne eine solche entsprechende Urteilsbewertung über die Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit der jeweils anderen Fachdisziplin, kann Kooperation nicht gelingen. Eine gelingende interdisziplinäre Kooperation ist an einen gegenseitigen Austausch, Verabredung sowie Dialog gebunden (vgl. Fegert/ Schrapper 2004, 17 f.).

Hinsichtlich der in **3.1** aufgeführten Entwicklungen ist davon auszugehen, dass der Austausch zwischen den beiden Hilfesystemen in Zukunft weiter zunehmen und eine tragreiche Zusammenarbeit für das Gelingen optimaler Hilfeprozesse immer relevanter wird. Durch eine frühzeitige Beratung und Unterstützung untereinander können schwere Krisen für Kinder/ Jugendliche vermieden werden (vgl. Darius/ Hellwig 2004, 505).

Damit eine multiprofessionelle Kooperation zwischen der KJH und KJP gelingen kann, müssen bestimmte Bedingungen geschaffen werden. Im Folgenden sollen mögliche Voraussetzungen zur Gestaltung einer gelingenden Kooperation aufgezeigt werden.

3.2.2 Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation

Prinzipiell lässt sich sagen, dass der gemeinsame Gegenstand sowie gemeinsame Ziele grundlegende Voraussetzungen für die Kooperation zwischen mehreren Disziplinen bilden. Die KJH und KJP begleiten Kinder sowie Jugendliche und deren Familien in schweren Lebenslagen, mit dem Ziel, sie dahingehend zu befähigen, ihr Leben möglichst autonom (wieder) zu meistern. Diese Gemeinsamkeiten führen jedoch auch zu Abgrenzungsschwierigkeiten unter den Disziplinen, die es durch das Wissen der Fähigkeiten und Grenzen der eigenen sowie der anderen Disziplin zu reduzieren gilt (vgl. Darius/ Hellwig 2004, 509 f.). Handlungsaufträge sowie -methoden müssen für das eigene professionelle Selbstverständnis geklärt sein, „[...] 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/ Schrapp 2004, 18). Ein Austausch kann nur dann gelingen, wenn beide Kooperationspartner sich in ihrer Fachdisziplin ernst nehmen und ein kritischer Austausch sowohl auf eine professionelle, sachliche als auch wertschätzende Weise vollzogen wird (vgl. Wolff 2011, 26). Durch die Bereitschaft miteinander in einen Dialog und offenen Austausch zu gehen, wird das Zulassen anderer professioneller Sichtweisen ermöglicht. Unter „dialogischem Handeln“ versteht Wolff, eine bewertungsfreie und vor allem bedürfnisorientierte Kommunikation. Durch eine gemeinsame Problemeinsicht und Übereinstimmung, können Ziele sowie Handlungsprozesse in der Hilfe schließlich besser aufeinander abgestimmt und somit optimiert werden. (vgl. Wolff 2011, 34 f.). Geeignete strukturelle Rahmenbedingungen sowie zuverlässige Verfahrensweisen, wie z.B. klare Zuständigkeiten und Ansprechpersonen sowie Verlässlichkeit und gegenseitige Verbindlichkeiten. Eine gelingende Kooperation setzt außerdem voraus, dass sich beide als gleichberechtigte Partner sehen, die sich mit in ihren

unterschiedlichen Handlungskompetenzen in der Zusammenarbeit mit Kindern/ Jugendlichen wertschätzen (vgl. Darius/ Hellwig/ Schraper 2001, zit. n. Darius/ Hellwig 2004, 511). Der Hamburger Handlungsleitfaden für die Kooperation in Hamburg⁸ setzt für eine gleichberechtigte Zusammenarbeit eine Kommunikation auf Augenhöhe (kollegialer Dialog) voraus. Auf dieser Basis kann es der jeweils anderen Partei gelingen ihr Fachwissen in der Kooperation gleichermaßen zu entfalten. (BSG 2006-2007, 25).

Soll eine Kooperation unter den beiden Fachdisziplinen gelingen, so müssen - zusammenfassend betrachtet - folgende Voraussetzungen nach Darius und Hellwig grundlegend erfüllt sein:

1. *Kooperation gelingt nur zwischen Gleichen*

Nur gleichermaßen starke Systeme können miteinander kooperieren. Dabei spielt eine gegenseitige Anerkennung und Akzeptanz sowie das Wissen um die Kompetenzen und Grenzen der eigenen als auch der anderen Handlungsmöglichkeiten eine tragende Rolle.

2. *Kooperation muss sich für beide Seiten lohnen*

Die Zusammenarbeit muss für beide Partner auf materieller, fachlicher als auch gesellschaftlicher Ebene gewinnbringend sein.

3. *Kooperation ist immer von Personen abhängig*

Dennoch ist es erforderlich, dass Strukturen und Verfahren geschaffen werden, um die Personen zu schützen.

4. *Kooperation benötigt gemeinsame Ziele und Überzeugungen*

Gemeinsame Auffassungen und Vorstellungen über beispielweise die Entwicklung von Rechten und Pflichten von Adressat_innen müssen geklärt sein.

⁸ Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) entwickelten innerhalb einer Arbeitsgruppe den *Hamburger Leitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*, um gezielte Hilfsangebote bei komplexen Hilfebedarfen sowie akuten Krisen für Kinder und Jugendliche zu fördern.

5. *Kooperation benötigt als Basis gegenseitiges Vertrauen*

Eine offene, ehrliche sowie transparente Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist nötig, um ein Vertrauen unter den Kooperationspartnern aufbauen zu können.

(vgl. Darius/ Hellwig/ Schrapper 2001, zit. n. Darius/ Hellwig 2004, 511)

Kooperation kann umso besser gelingen, wenn die partnerschaftliche Zusammenarbeit über eine gemeinsame Herangehensweise, die grundlegende kooperationshilfreiche Orientierungsmerkmale beinhaltet, verfügt (vgl. Kalter 2004, 591 f.).

Abschließend lässt sich festhalten, dass gemeinsame Aushandlungsprozesse zu Beginn mehr Arbeitskapazitäten erfordern. Nachhaltig betrachtet kann dadurch jedoch die Arbeit und damit der gesamte Hilfeprozess für die betroffenen Kinder/ Jugendliche effektiver ausgestaltet werden (vgl. Homfeldt/ Gahleitner 2013, 80).

3.2.3 Herausforderung in der Kooperation zwischen den Systemen

Zwischen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehen, trotz langjähriger Kooperationserfahrungen nach wie vor stets auflebende Konflikte in ihrer Kooperation (Schone 2008, 149). Gegenseitige Vorurteile, Zuständigkeitshierarchien sowie überzogene Erwartungen und Anforderungen u.a. an den jeweils anderen Kooperationspartner lassen sich auch noch heute erkennen. Insbesondere in Abstimmungsprozessen bei der Zuweisung geeigneter Hilfemaßnahmen herrschen teilweise immer noch unterschiedliche Einschätzungen sowie Divergenzen (BVkE 2009, 1). So lassen sich hier Defizite im dialogischen Handeln erkennen, sobald es darum geht, dass im jeweils anderen Hilfesystem ein anderes Problemverständnis vorliegt und es somit zu keiner Übereinstimmung über die weitere methodische Vorgehensweise im Hilfeprozess kommt. Schone spricht hier von einer „wechselseitigen übergriffigen Definition“. Damit ist gemeint, dass sich Konflikte in der Kooperation ergeben, sobald die jeweils andere Kooperationspartei die Problemansicht sowie daraus abgeleiteten Hilfemaßnahmen für das betroffene Kind/ Jugendlichen als unangebracht empfindet und ausschließlich die eigenen Ansichten als richtig definiert werden (vgl. Schone 2008, 150). Eine weitere Schwierigkeit in der Kooperation liegt in den zu erwartenden Anforderungen und Erwartungen an die jeweils andere Fachdisziplin. Schone spricht hier von druckvoll aufgetragenem Handeln und kurzfristigen Entscheidungen über entsprechende Hilfen, die vom Gegenüber als unangemessen empfunden werden (vgl. ebd. 150). Grundsätzlich besteht

Einigkeit zwischen den Fachdisziplinen, wenn es um eine gemeinsame Zuständigkeit geht. Dennoch können hier Konflikte auftreten, sobald es um die Zuständigkeitshierarchie geht (BVkE 2009, 1). Machetanz spricht davon, dass die Schwierigkeit nicht aufgrund eines zu geringen Engagements zustande kommt, sondern vielmehr eine Überversorgung das Problem darstellt. Diese Problematik entsteht durch den hohen Anteil an unterschiedlichen Fachkompetenzen und Meinungen in der Fürsorge um ein und denselben jungen Menschen (Machetanz 1989, 61). Dabei spielt ebenso der Status der Systeme eine tragende Rolle, wobei die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der gesellschaftlichen Hierarchie höher anerkannt ist als die Kinder- und Jugendhilfe. Gutachterliche Stellungnahmen durch einen/ eine Kinder- und Jugendpsychiater_in sind meist höher bewertet als Stellungnahmen durch einen/ eine Mitarbeiter_in aus der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Gintzel 1989, 15 f.). In medizinischen Fragen hat die KJP die „Definitionshoheit“, wodurch automatisch ein Machtgefälle im Austausch und damit im Kooperationsverhältnis zwischen den Systemen entsteht. Während Kinder- und Jugendpsychiater_innen/ Kinder- und Jugendpsychologen einen universitären Hochschulabschluss nachweisen, entspringen Sozialarbeiter_innen/ Sozialpädagoge_innen einem Fachhochschulstudiengang. Im Bezug auf das professionelle Selbstbild kann dies bei den Mitarbeiter_innen der KJH zu einem subjektiven Ungleichgewicht führen, das wiederum ein Machtgefälle im Kooperationshandeln verstärken kann (vgl. Rotthaus 2005, 240 f.). Auch Wiederkehrende Vorurteile, wie das gegenseitige Zuschreiben von Misserfolgen aufgrund z.B. unzureichender Kompetenzen, können die Zusammenarbeit erschweren (Machetanz 1989, 62, Rotthaus 2005, 242).⁹

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kooperation zwischen KJH und KJP, geprägt durch die verschiedenen Rahmenbedingungen sowie unterschiedlichen Möglichkeiten und Grenzen in ihrer jeweiligen Fachdisziplin, erschwert ist und zunächst bleiben wird. Ein kontinuierlicher und persönlicher Austausch zwischen den Systemen ist unabdingbar, damit Probleme in der Zusammenarbeit reduziert werden können (Rotthaus 2005, 242). So lassen sich wechselseitige Vorurteile nur abbauen, indem die Systeme sich besser kennenlernen (vgl. Fegert/ Schrapper 2004, 23). Ader und Klein sprechen von einer „organisierten Verantwortungslosigkeit“ auf struktureller Ebene. Diese zeigt sich dahingehend, dass beiden Systemen zwar eine rechtliche Verantwortung zugewiesen ist, der Übergang zwischen den Systemen allerdings noch unzureichend geregelt ist. Es geht dabei um die Verantwortung, Kinder und

⁹ Es lassen sich noch weitere Herausforderungen benennen, die jedoch im Folgenden nicht weiter aufgeführt werden, da sie zu weit führen.

Jugendliche an der Schnittstelle zwischen KJH und KJP professionell zu begleiten. Die Übernahme einer geteilten Verantwortung im Hilfeschehen (Ader/ Klein 2011, 25). Zur Reduzierung des Konkurrenzproblems durch hierarchische Strukturen hervorgerufen und Förderung einer einheitlichen Sprache müssen interprofessionelle Behandlungs- und Betreuungsprozesse gestaltet werden. Damit ist eine Qualifizierung von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe, im Hinblick auf spezifisches Störungs- und Interventionswissen (insbesondere in stationären Einrichtungen) in der Arbeit mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen, gemeint. (vgl. Beck 2008, 20 f.). Zu weiteren kooperationsfördernden Maßnahmen zählen z.B. gemeinsame Fort- und Weiterbildungen, in denen ein Austausch als auch gegenseitiges Verständnis erreicht werden kann (vgl. Fegert/ Schrapper 2004, 24).

Abschließend ist festzuhalten: Kooperation erfolgreich zu gestalten ist also äußerst voraussetzungsreich und ihr Gelingen mit Hindernissen behaftet. Kooperation kann nicht nebenher laufen. Sie muss auf der kontinuierlichen Grundlage von gegenseitigem Respekt, Kenntnis, Anerkennung sowie Akzeptanz der Eigenart der jeweils anderen Disziplin erfolgen und stets weiterentwickelt werden. Kooperation ist demnach ein fortlaufender Prozess, der von beiden Disziplinen die Bereitschaft erfordert, gepflegt sowie evaluiert zu werden. (vgl. Homfeldt/ Gahleitner 2013, 81).

4. Eine empirische Untersuchung (zur Erfahrung) aus der Praxis

Die vorliegende Arbeit befasst sich thematisch mit den Anforderungen an eine gelingende Kooperationen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Durch den gegenwärtigen Stand der Forschung wird das Thema in der Fachliteratur nach wie vor diskutiert, da verlässliche Rahmenstrukturen weiterhin ausgebaut bzw. etabliert werden müssen. Im folgenden Kapitel soll anhand des Forschungsprojektes „Grenzgänger“ ein Praxisbezug hergestellt werden. Dabei soll es um die Darstellung persönlicher Erfahrungswerte von Mitarbeiter_innen aus der KJH sowie KJP in der Schnittstellenarbeit gehen, die anhand von leitfadengestützten Experteninterviews analysiert werden.

Die zentrale Fragestellung bei der Auswertung des empirischen Datenmaterials lautet:

Welche Faktoren sind für eine gelingende Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig, um einen gelingenden Hilfeprozess für Kinder und Jugendliche beim Vorliegen einer psychischen Störung sowie eines Unterstützungsbedarfs gemäß SGB VIII sicherzustellen?

Im Hinblick auf die geführten Leitfadenterviews von Mitarbeiter_innen der KJH und KJP soll mit dieser Fragestellung untersucht werden, welche Faktoren für eine gelingende Kooperation zwischen den Fachprofessionen unabdingbar bzw. notwendig sind, damit ein gemeinsames kollegiales Verantwortungsbewusstsein im Abstimmungsprozess entsteht.

Nachfolgend soll zunächst das Forschungsprojekt „Grenzgänger“ vorgestellt werden, um darauf aufbauend die methodische Vorgehensweise zur Auswertung der Untersuchung und deren Ergebnisse darzustellen.

4.1 Das Forschungsprojekt „Grenzgänger“

Bei dem Projekt „Grenzgänger“ handelt es sich um ein Praxis- und Forschungsprojekt, das vom Landessozialministerium in Schleswig-Holstein¹⁰ finanziell gefördert wird. Das Department für Soziale Arbeit an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg führt dabei die wissenschaftliche Begleitung durch. Die Projektlaufzeit beläuft sich von März 2015 bis Juni 2017.

Ausgangslage für die Gründung des Projektes sind zum einen die extrem benachteiligten und psychosozial auffälligen Kinder und Jugendlichen, die auf eine Kooperation und gemeinsame Verantwortungsübernahme zwischen den beiden Hilfesystemen (KJH und KJP) angewiesen sind, und zum anderen die mangelhafte Zusammenarbeit zwischen den Systemen, die einer Verbesserung bedarf. In Zusammenarbeit mit den Jugendämtern der Kreise Pinneberg und Steinburg, der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychotherapie in Elmshorn und örtlichen Jugendhilfeträgern findet im Rahmen des Projektes ein regelmäßiger Austausch zur Gestaltung konstruktiver und gemeinsam abgestimmter Hilfen für psychosozial belastete sowie benachteiligte Kinder zwischen den Beteiligten statt (Clearinggruppen). Dabei treffen sich die Beteiligten monatlich zu Einzelfallbesprechungen und es wird ein gemeinsames Fallverständnis erarbeitet sowie Lösungswege im Dialog ausgetauscht. Ziel der Clearinggrup-

¹⁰ Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung.

pen ist es, in kooperativer Zusammenarbeit, die Entwicklung optimaler und passgenauer Hilfen für die betroffenen Kinder/ Jugendlichen zu entwickeln. Außerdem soll durch den regelmäßigen Austausch ebenso das Ziel einer Verbesserung in der Kooperation zwischen den beiden Schnittstellen erreicht werden (vgl. Grenzgänger-Projekt 2015, Groen/ Jörns- Presentati 2016, 1).

4.2 Die Methodik

Die Experteninterviews wurden im Vorfeld durch die wissenschaftliche Begleitung der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg in einer Interviewstudie erhoben und transkribiert.¹¹

Der Forschungsansatz stellt hierbei die qualitative Sozialforschung dar. Zu den charakteristischen Prinzipien der qualitativen Sozialforschung zählen nach Lamnek und Krell:

- Das Prinzip der *Offenheit*. Damit ist gemeint, dass die forschende Person den zu untersuchenden Personen, Untersuchungssituationen und – methoden offen gegenübersteht. Dem Untersuchungsfeld werden keine statischen Hypothesen (Annahmen) zugeschrieben.
- Empirische Forschung als *Kommunikation*. Im Mittelpunkt des Interesses steht der kommunikative Prozess zwischen Forscher_innen und Erforschtem.
- Qualitative Sozialforschung ist *prozesshaft*, wodurch sie in ihrer Durchführung veränderbar ist.
- Das Prinzip der *Reflexivität* setzt eine reflektierte Haltung sowie Anpassungsfähigkeit gegenüber dem Forschungsfeld voraus.
- Die *Explikation* soll die Überprüfbarkeit der subjektiven Forschungsergebnisse sichern. Demnach werden die Regeln offen dargelegt, nach denen man die erhobenen Daten (z.B. Interviewtexte) interpretiert hat.
- *Flexibilität* des gesamten Forschungsprozesses. Dadurch soll erreicht werden, dass sich der/ die Forschende auf veränderte Bedingungen und Umstände einstellen und sich diesen anpassen kann.

(vgl. Lamnek / Krell 2016, 33 ff.)

¹¹ Die transkribierten Interviews sind in ursprünglicher Form dem Anhang zu entnehmen.

Als Erhebungsverfahren wurde im Forschungsprojekt „Grenzgänger“ das leitfadengestützte Experteninterview angewendet. Bei dem Experteninterview werden Mitarbeiter_innen in bestimmten Funktionen einer Organisation hinsichtlich ihres Erfahrungswissens zu einem erforschenden Gegenstand befragt (vgl. Misoch 2015, 121). Dabei interessiert nicht der/ die Mitarbeiter_in als Person, vielmehr steht dabei die Eigenschaft als Expert_in in einem bestimmten Handlungsfeld im Vordergrund (vgl. Flick 2012, 214). Diese Interviewform wird in der Regel vermehrt leitfadengestützt angewendet, da dies weniger zeitaufwendig ist (vgl. Flick 2012, 215). Der Leitfaden dient in erster Linie einer inhaltlichen Steuerungsfunktion, da er bei der Erhebung der qualitativ verbalen Daten als eine Orientierung im Interview fungiert. Dabei können die Fragen in einer stichworthaltigen Themenliste bis hin zu konkret formulierten Sätzen mit vorgeschriebener Reihenfolge vorbereitet und genutzt werden (vgl. Misoch 2015, 65).

Die Interviews wurden durch die wissenschaftliche Begleitung der HAW mit Hilfe eines Tonbandes aufgezeichnet und transkribiert. Die Auswertung der Daten erfolgte von der Verfasserin der vorliegenden Arbeit und soll im nachfolgenden Teil der Arbeit dargestellt werden. Die Anzahl der analysierten Interviews beläuft sich auf insgesamt sieben und weisen jeweils eine Dauer zwischen fünf und 56 Minuten auf.

4.2.1 Methodische Vorgehensweise zur Auswertung der Interviewstudie

Die Auswertungsstrategie erfolgte nach der kategoriengeleiteten Textanalyse (qualitative Inhaltsanalyse) nach Mayring (vgl. Mayring 1999, 91 ff. / Mayring 2010, 48 ff.). Anhand der theoretischen Fragestellung wurden Kategorien gebildet, in denen Textpassagen aus den Experteninterviews in generalisierender, prägnanter Form zusammengefasst wurden. Diese theoriegeleitete Vorgehensweise ermöglicht die Darstellung gewinnbringender Schlussfolgerungen des zu untersuchenden Gegenstands (vgl. Mayring 2010, 12 f.).

In Kürze werden die Ergebnisse der Interviewstudie zum Projekt „Grenzgänger“ anhand dieser Vorgehensweise dargestellt. Zur Veranschaulichung der zusammengefassten Interviewergebnisse sollen einzelne Zitate der Expert_innen in den jeweiligen Kategorien Einzug erhalten.

Folgende vier Kategorien sollen eine Antwort auf die theoretische Fragestellung dieser Arbeit geben:

- 1) Gemeinsame Schnittstellen in der Kooperation,
- 2) Persönliche Erfahrungen in der allgemeinen Zufriedenheit zur Zusammenarbeit (Good/Bad Practice),
- 3) Voraussetzungen und Hindernisse für eine gelingende Kooperation sowie
- 4) Verbesserungswünsche für eine gemeinsame Zusammenarbeit.

4.2.2 Vorstellung der Interviewpartner_innen

Bevor die Ergebnisse anhand der o.g. Kategorien dargelegt werden, sollen die Expert_innen aus den Interviews zunächst kurz vorgestellt werden.

Bei den Interviewpartner_innen handelte es sich um insgesamt fünf Mitarbeiter_innen aus der Kinder- und Jugendhilfe sowie 2 Mitarbeiterinnen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus dem Raum Schleswig-Holstein.¹² Darunter fielen:

- ein/ eine Jugendamtsmitarbeiter_in aus Pinneberg (genaue Profession geht aus der Transkription nicht hervor),
- ein Sozialpädagoge aus dem Jugendamt Pinneberg als leitende Position,
- eine Diplom-Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin aus dem Jugendamt Steinburg im Bereich der Eingliederungshilfe,
- eine Mitarbeiterin aus dem Jugendamt Steinburg (genaue Profession geht aus der Transkription nicht hervor),
- ein Diplom-Pädagoge aus dem Jugendamt Steinburg im Bereich der Eingliederungshilfe,
- eine Chefärztin sowie
- eine Oberärztin aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Elmshorn.

Aus den Interviews geht hervor, dass die meisten der aufgeführten Expert_innen langjährige Erfahrungen in der Zusammenarbeit miteinander aufweisen. Die Erfahrungswerte zur bisherigen sowie gegenwärtigen Kooperation zwischen den Fachdisziplinen sollen im Folgenden schwerpunktmäßig in die Ergebnisse einfließen.

¹² Daten wurden der Verfasserin durch die wissenschaftliche Begleitung der HAW mitgeteilt sowie selbständig aus den transkribierten Interviews entnommen. Genaue Angaben zur Person wurden anonymisiert.

4.3 Darstellung der Ergebnisse¹³

4.3.1 Gemeinsame Schnittstellen in der multiprofessionellen Kooperation

Die Aussagen der Mitarbeiter_innen aus der KJH sind, in Bezug auf die gemeinsamen Schnittstellen in der Zusammenarbeit mit der KJP, deckend genannt worden. So wird vor allem im Rahmen der Hilfeplanung eine Zusammenarbeit zwischen den Systemen notwendig, sofern beispielsweise eine ärztliche Stellungnahme gemäß § 35 a SGB VIII durch die KJP erforderlich ist. Auch bei der Definition von Krankheitsbildern herrscht Einigkeit darüber, dass das zum Aufgabenfeld der KJP zählt (vgl. JASB_AH_1, 1, Z. 25 ff. / JASB_SB_KS, 1, Z. 41 f.).

*„Und insofern gibt es für uns auch sehr viele Kontakte, weil das sind Dinge, die können wir nicht feststellen. Das kann nur die Kinder- und Jugendpsychiatrie, weil dazu braucht man Mediziner und deswegen sind die Kontakte auch [...] immer wieder vorhanden.“
(JASB_SB_KS, 2, Z. 15 ff.)*

Bei Kindern und Jugendlichen, die sowohl von der KJH als auch der KJP betreut werden, ist eine gemeinsame Klärung bzgl. des Hilfeprozesses von Nöten und damit ein gemeinsamer Berührungspunkt zwischen den Hilfesystemen gegeben (vgl. JAPG_AR, 1, Z. 7 ff.).

Die KJP nennt die akute Krisenintervention als eine wichtige gemeinsame Schnittstelle, die ebenfalls als solche durch die KJH bestätigt wird. Hierbei sprechen beide Parteien davon, dass neben einer therapeutischen Behandlung oftmals eine pädagogische Maßnahme akut notwendig sei. Die KJP empfiehlt ihren Patient_innen dann, zusätzlich einen Antrag auf Hilfe zur Erziehung zu stellen (vgl. Elmshorn_KJP_Ärztin_1, 1, Z. 18 f. / JASB_AH_1, 1, Z. 26 f.). Neben der akuten Krise gibt es jedoch auch die Situation, dass sich erst im Laufe einer therapeutischen Behandlung der Bedarf einer pädagogischen Maßnahme für den betroffenen jun-

¹³ Aufgrund der geringen Stichprobengröße sind die Auswertungen aus den leitfadengestützten Interviews als nicht repräsentativ anzusehen.

gen Menschen ergibt oder umgekehrt (vgl. Elmshorn_KJP_Ärztin_1, 1, Z. 20 ff. / A_V_1, 1, Z. 24 ff.).

In diesem Zusammenhang erwähnt die KJP partnerschaftliche Foren sowie Arbeitskreise in denen sich die beiden Systeme austauschen (vgl. A_V_1, 1, Z. 32).

4.3.2 Persönliche Erfahrungen in der allgemeinen Zufriedenheit zur Zusammenarbeit (Good/ Bad Practice)

Grundsätzlich wird die Zusammenarbeit mit der KJP von der KJH in den letzten Jahren als verbessert positiv wahrgenommen. Auf Seiten der KJP jedoch herrschen weniger zufriedenstellende Erfahrungen in der kooperativen Zusammenarbeit vor. Diese unterschiedlichen Wahrnehmungen sollen hier einmal komprimiert dargelegt werden.

Die Mitarbeiter_innen in den Jugendämtern sehen die Zusammenarbeit mit der KJP als eine Bereicherung an. Insbesondere bei der Schilderung von krisenreichen Fällen, bei denen die Systeme aufeinander angewiesen sind, wird die Zusammenarbeit als fruchtbar angesehen (vgl. JAPG_AR, 1, Z. 30 ff.). Besonders geschätzt wird der gemeinsame Denkprozess, in dem sich die beiden Fachdisziplinen mit ihren Kompetenzen konzeptionell ergänzen (vgl. JAPG_CH, 2, Z. 8 ff.). Neben den insgesamt positiven Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der KJP, wird diese außerdem als innovativ und zukunftsorientiert erfahren (JAPG_CH, 1, Z. 43 ff.).

„Es ist ein gewinnbringendes Miteinander geworden.“ (vgl. JAPG_CH, 2, Z. 49)

Der Umgang untereinander wird von der KJH größtenteils als kameradschaftlich wahrgenommen (vgl. JAPG_AR, 2, Z. 23). Im Hinblick darauf, dass die eigene fachliche Meinung im Abstimmungsprozess durch die andere Profession anerkannt wird, findet ein gleichberechtigter als auch respektvoller Austausch statt (vgl. JAPG_AR, 2, 35 f.). In Diskursen auf pädagogischer sowie psychiatrischer Ebene, wird der Umgang außerdem auf einer vertrauten Ebene als professionell-zugewandt erlebt. Damit ist gemeint, dass die eigenen als auch die Grenzen des Gegenübers wohlwollend, respektierend und akzeptierend angenommen werden (vgl. JASB_AH_2, 2, Z. 46 ff. / ebd. 4, Z. 13 f.). Insgesamt wird die Kooperation mit der KJP als innovativ und zukunftsorientiert wahrgenommen (vgl. JAPG_CH, 1, Z. 43 ff.).

„Es war immer schon so, dass im Prinzip doch der Wille zur Zusammenarbeit erkennbar war.“ (JAPG_AR, 1, Z. 25)

Selbstverständlich sind sich die beiden Fachdisziplinen nicht immer einig. Verschiedene Ansichten sind, aufgrund der unterschiedlichen Fachkompetenzen, vorprogrammiert und führen zu gegenseitigen Auseinandersetzungen. In seltenen Fällen können aus Unstimmigkeiten im gemeinsamen Abstimmungsprozess, Konflikte zwischen den Parteien aufflammen, die eine gemeinsame Zusammenarbeit unmöglich machen. Dennoch wird auch hier eine Offenheit in der gemeinsamen Diskussion und größtenteils ein abgestimmtes Miteinander auf Seiten der KJH erlebt (vgl. JAPG_AR, 1, Z. 27 ff. / JASB_AH_2, 3, Z. 20 ff.).

Unter Reibungspunkten und damit eher unglücklichen Erfahrungsbeispielen wird zum einen von einer fehlenden Transparenz in den Berichtserstattungen gesprochen. Dabei wird bemängelt, dass beispielsweise die KJP die Inhalte in den Entwicklungsberichten verschönert darstellt, obwohl die Realität ganz anders aussehe (vgl. JAPG_AR, 4, Z. 20 ff.).

„Und meine Erfahrung ist einfach auch, dass viele der Arztbriefe falsch sind. Also dass sich im Verlauf heraus stellt: Es gibt ganz andere Diagnosen. Also wir haben hier bestimmt, ich würde schätzen 30% der Arztbriefe, [...] die sind so nicht richtig von der Ausgangslage.“ (JASB_AH_2, 2, Z. 21 ff.)

Im Hinblick auf Schwierigkeiten in der Umsetzung haben beide Systeme unglückliche Erfahrungen angegeben. Die KJH spricht hier von „Timingfragen“. Damit ist gemeint, dass Umsetzung auf Seiten der KJH zu langsam umgesetzt wurden (vgl. JASB_AH_1, 1, Z. 38 f.). Auch die KJP empfindet Unterschiede in der Umsetzungsgeschwindigkeit, jedoch auf Seiten der KJH. Durch die verlangsamten Arbeitsprozesse entsteht ein gewisses Reibungspotential untereinander, das gleichzeitig die Zusammenarbeit erschwert. Die KJP glaubt, dass dabei die behördlichen Strukturen eine maßgebliche Rolle spielen (vgl. Elmshorn_KJP_Ärztin_1, 2, Z. 1 ff.).

„Ich glaube die Mühlen mahlen da sehr langsam, wenn es da um Veränderungsprozesse geht.“ (Elmshorn_KJP_Ärztin_1, 2, Z. 19 f.)

In der Vergangenheit habe die KJP zudem persönliche Erfahrungen dahingehend gemacht, in der eine dringliche Notwendigkeit in einer Krisensituation durch die KJH nicht erkannt wur-

de. Erst nachdem der Druck so massiv wurde, wurde gehandelt (vgl. Elms-horn_KJP_Ärztin_1, 2, Z. 8 ff.).

Als ein weiterer negativer Erfahrungswert in der bisherigen Kooperation wird von beiden Seiten von einer sogenannten „Abschiebeproblematik“ gesprochen. Hiermit ist gemeint, wenn ein Kind/ Jugendlicher aufgrund seines Hilfebedarf weder in die eine, noch in die andere Fachdisziplin passt und beide Systeme nicht die eigene, sondern die jeweils andere Profession in der Verantwortung sieht zu handeln (JASB_SB_KS, 2, Z. 48 ff.).

„Dass man nicht sagen kann [...]: „Suizidalität, oh! Wir sind raus.“ [...]“ (A_V_1, 2, Z. 2 f.)

Hier sind sich beide Hilfesysteme jedoch einig, wenn es darum geht, eine Änderung zu erzielen, so dass gemeinsam nach einer Lösung geschaut und nicht gegeneinander gearbeitet wird (A_V_1, 1, Z. 49 ff.).

„Wir können uns nicht die Zuständigkeiten hin und her schieben. Das funktioniert nicht. Wir hängen zusammen drin und wir müssen gemeinsam eine Lösung finden.“ (JAPG_AR, 1, Z. 49 f.)

4.3.3 Voraussetzungen und Hindernisse für eine gelingende Kooperation

Neben den Attributen: Respekt, gegenseitige Wertschätzung, Gleichberechtigung und einer Begegnung auf Augenhöhe - in denen sich beide Kooperationspartner einig sind - sind weitere voraussetzungsreiche Gelingensbedingungen sowie konträr dazu hindernisreiche Faktoren, die diesen im Wege stehen, genannt worden.

Einer gemeinsamen Entscheidungsfindung setzt eine gut funktionierende Kommunikation voraus (vgl. JAPG_AR, 2, Z. 45 ff.). Als voraussetzungsreiche Merkmale in der Kommunikation sind u.a. Faktoren wie Transparenz, Gleichberechtigung und eine Einheitlichkeit in der Sprache von beiden Parteien benannt worden. Die Transparenz soll sich vor allem in den Entwicklungsberichten widerspiegeln, so dass der andere Kooperationspartner im gegenwärtigen Hilfeprozess über alle Fortschritte sowie Schwierigkeiten des Kindes/ Jugendlichen informiert und damit handlungsfähig ist (vgl. JAPG_AR, 4, Z. 19 ff. / vgl. A_V_1, 9, Z. 12). Obwohl die KJH letztlich über die Entscheidungshoheit, wenn es um die Genehmigung von Maßnahmen geht, verfügt, ist eine Entscheidung auf partnerschaftlicher Augenhöhe für eine Gleichberechtigung untereinander unabdingbar. Es geht dabei darum, die jeweils andere

Partei miteinzubeziehen und nicht über ihren Kopf hinweg zu entscheiden (vgl. JASB_SB_KS, 5, Z. 11 ff. / A_V_1, 8, Z. 2 ff.). Kommunikation muss stets auf beiden Seiten geschehen (vgl. JAPG_AR, 5, Z. 4 f.).

Die Sprache spielt eine ebenso tragreiche Rolle im Kooperationsgeschehen. Um Verständnisschwierigkeiten zu minimieren, profitieren beide Systeme von einer einheitlichen Fachsprache. Vor allem im gemeinsamen Abstimmungsprozess ist eine einheitliche Verständigung sehr hilfreich, um sein Gegenüber zu verstehen. Für den Nachvollzug ist insbesondere auf Seiten der KJH das Verstehen von medizinischen Begriffen (z.B. Diagnostik) hilfreich sowie förderlich für die Zusammenarbeit (vgl. JASB_AH_2, 4, Z. 29 f. / vgl. JASB_SB_KS, 4, Z. 6 ff.).

Die KJH als auch KJP sind sich einig, dass eine gegenseitigen Akzeptanz sowie Vertrauen für eine gelingende Zusammenarbeit notwendig sind. Der jeweils anderen Partei die nötige Akzeptanz sowie Respekt bezüglich ihrer Fachkompetenzen entgegen bringen und darauf vertrauen, dass sie in ihrer fachlichen Einschätzung richtig liegt (vgl. JAPG_AR, 3, Z. 11 ff. / Elmshorn_KJP_Ärztin_1, 3, Z. 8 ff.).

„Aber wir wollen auf der anderen Seite auch gut mit den Jugendämtern kooperieren und zusammen arbeiten, das soll ja kein Gegeneinander sein. Und ich glaube, dass es vor allen Dingen, dass es wichtig ist, dass wir uns gegenseitig die Kompetenzen anerkennen und auch auf die Fachkompetenz des Anderen vertrauen.“ (Elmshorn_KJP_Ärztin_1, 3, Z. 34 ff.)

Daran anschließend knüpft die Voraussetzung den Aufgabenbereich des jeweils anderen zu kennen, zu wissen, wo die eigenen professionellen Grenzen liegen und damit der Gefahr einer Grenzüberschreitung zu entgehen.

„Wie nehme ich meine Grenzen überhaupt wahr, wie kann ich dafür sorgen, dass meine Grenzen akzeptiert werden, wie kann ich sie nach außen vertreten.“ Elmshorn_KJP_Ärztin_1, 10, Z. 3 f.)

Beide Hilfesysteme erwähnen die Bereitschaft zur Kooperation als eine wichtige Voraussetzung im gemeinsamen Gelingen. Darunter fällt beispielsweise das gegenseitige Interesse an einer Zusammenarbeit (vgl. JAPG_AR, 5, Z. 10. /A_V_1, 2, Z. 54 f.), die Bestrebung den Kooperationspartner kennenlernen zu wollen, um einen Einblick in dessen Tätigkeit sowie Fachwissen zu erlangen (vgl. A_V_1, 3, Z. 56 ff.) sowie die Bereitschaft an gemeinsamen

Hilfeplangesprächen teilzunehmen (vgl. JAPG_AR, 4, Z. 53 f. / vgl. Elms-horn_KJP_Ärztin_1, 7, Z. 27 ff.).

„Also ich persönlich schätze, dass ich, wenn ich her komme, dass ich die meisten Kollegen kenne. [...] ich weiß, wer die sind; man weiß, wer ich bin.“ (JASB_SB_KS, 3, Z. 13 f.)

Ein strukturelles Hindernis stellt auf Seiten der KJP die nicht kontinuierliche Teilnahme an gemeinsamen Hilfeplangesprächen, aufgrund begrenzter Zeitkapazitäten, dar. Hinzu kommt, dass die Hilfeplangespräche meist in den Räumen der Jugendämter stattfinden, was für die KJP wiederum mit einem erhöhten zeitlichen Aufwand verbunden ist (A_V_1, 2, Z. 17 ff. / vgl. Elms-horn_KJP_Ärztin_1, 7, Z. 23 ff.). U.a. wird in diesem Kontext ein Personalmangel mitaufgeführt (vgl. JAPG_AR, 3, Z. 18).

Ein Ungleichgewicht auf hierarchischer Ebene wird von beiden Systemen als destruktiv für eine gelingende Zusammenarbeit wahrgenommen. Zum einen wird hierunter eine Grenzüberschreitung in die andere Profession gesehen, indem beispielsweise Hilfemaßnahmen in Stellungnahmen und/ oder Berichten vorgegeben werden, mit der Erwartungshaltung explizit dieser Umsetzung (vgl. JAPG_AR, 3, Z. 35 ff. / JASB_AH_2, 7, Z. 16 ff. / vgl. Elms-horn_KJP_Ärztin_1, 5, Z. 20 f.). Ein Ungleichgewicht, hervorgerufen durch die Entscheidungshoheit auf Seiten der KJH, kann bei der KJP zu Unbehagen führen, wenn zuvor die Entscheidungsfindung nicht auf Augenhöhe stattgefunden hat.

„Und ja, ich meine ich sage der Psychiatrie ja auch nicht, [...] was ich an medizinischen Diagnosen sehe.“ (JASB_AH_2, 7, Z. 31 f.)

„Manche Jugendämter, Jugendamtsmitarbeiter sehen sich dann sehr als federführend an und sehen uns glaub ich mehr als ausführendes Organ, also Teil des Hilfesystems, um das herum sich Jugendhilfe gruppiert.“ (Elms-horn_KJP_Ärztin_1, 7, Z. 37 ff.)

Ein bereits aufgeführtes und ebenso konfliktbehaftetes Beispiel für ein Hindernis in der Zusammenarbeit zwischen den Fachdisziplinen, stellen Zuständigkeitsstreitereien dar. Diese Problematik führt nicht nur dazu, dass erschwerte Bedingungen auf professioneller Ebene, sondern auch auf der Klienten-/ Patientenebene aufkommen können. Dadurch könnte der gesamte Hilfeverlauf, beispielsweise aufgrund mangelnden Vertrauens, auf der Beziehungs-

ebene gefährdet werden (vgl. JAPG_CH, 1, Z. 56 f. / A_V_1, 10, Z. 9 ff. / Elms-horn_KJP_Ärztin_1, 8, Z. 27 ff.).

Die KJP empfindet die hohe Fluktuation in den Jugendämtern als Einschränkung in einem gemeinsamen Handeln, da diese ebenfalls zu Beziehungsabbrüchen im Hilfeprozess sowie Kooperationsabbrüchen unter den Professionen führen (A_V_1, 2, Z. 51 f. / Elms-horn_KJP_Ärztin_1, 12, Z. 16 f.).

Des Weiteren stellt das festgelegte Budget in der KJH eine Barriere dar. Durch die knappen Finanzierungsmöglichkeiten und Verteilung von Ressourcen (z.B. freie Plätze in Einrichtungen), werden Veränderungsprozesse in den Hilfen als blockierend wahrgenommen (Elms-horn_KJP_Ärztin_1, 2, Z. 19 ff.).

4.4.4 Verbesserungswünsche für eine gemeinsame Zusammenarbeit

Neben dem Wunsch ein gemeinsames Verständnis darüber zu haben, dass man als Kooperationspartner zusammen arbeitet, statt gegeneinander (vgl. JAPG_AR, 2, Z. 1 ff.), sind auf beiden Seiten vor allem strukturelle Verbesserungswünsche genannt worden.

So könnte z.B. mit der Einführung eines Controllingverfahrens, die Arbeit mit Hilfe von Messinstrumenten überprüft werden (Wirksamkeitsforschung).

„Wenn ich beweisen kann: Ihr seid wirksam. Dann ist das auch motivierend.“ (JAPG_CH, 5, Z. 40 f.)

Um eine Verbindlichkeit zwischen den Kooperationspartnern zu gewährleisten bzw. zu erhöhen, werden einheitliche Strukturen in der Falldokumentation als hilfreich angesehen. Durch die Einheitlichkeit könnte zudem der Zeitaufwand reduziert werden (vgl. JASB_AH_2, 5, Z. 39 ff.).

Auch wenn die Kommunikation größtenteils als positiv wahrgenommen wird, so herrscht dennoch der Wunsch nach einer verbesserten Kommunikation auf Augenhöhe. Der Wunsch besteht dahingehend, sich mit seinen Grenzen und Stärken gegenüber der anderen Partei transparent aufstellen zu können. Dafür müsste zunächst eine Vertrauensbasis geschaffen werden, um überhaupt in einen Austausch auf Augenhöhe gehen zu können. Daran anknüpfend besteht der Wunsch nach einer engeren Zusammenarbeit mit der KJH. Hier wird die Idee genannt bei der jeweils anderen Profession zu hospitieren, um sich besser kennen zu lernen und die eigenen Kompetenzen zu erweitern (vgl. A_V_2, 4, Z. 17 ff. / ebd. 5, Z. 3 ff.)

„Also es [...] ist schwierig, dass man nicht in einem Haus sitzt. Oder einen hat, der vom Jugendamt hier im Haus sitzt.“ (A_V_1, 2, Z. 32 ff.)

Außerdem müssten organisatorische Abläufe im gemeinsamen Abstimmungsprozess verbessert werden. Hilfemaßnahmen müssen schneller eingeleitet werden, damit Erfolge schneller sichtbar und Einbrüche verhindert werden können. Schnellere Organisation von Hilfen kann außerdem dazu beitragen, dass die Hilfen nicht so lange erforderlich bleiben (vgl. Elms-horn_KJP_Ärztin_1, 2, Z. 28 ff.)

Abschließend fordert die KJP ein Aufbrechen der finanziellen Barrieren auf Seiten der KJH. Gelder und Ressourcen müssen an den jeweiligen Bedarf des Kindes/ Jugendlichen angepasst eingesetzt werden.

„[...] was da wünschenswert wäre, wäre ein grundsätzliche Haltung des Jugendamtes, wir verteidigen nicht in erster Linie unsere Gelder und Ressourcen und wollen möglichst wenig ausgeben, sondern natürlich, wir wissen wir haben wenig, was wir ausgeben können und das müssen wir gut verteilen, aber in erster Linie sind wir dazu da, Hilfen zu leisten und wenn diese Hilfen erforderlich sind, dann sind wir auch bereit zu schauen, was ist möglich.“ (Elmshorn_KJP_Ärztin_1, 10, Z. 44 ff.)

5. Diskussion¹⁴

Obwohl es sich bei den empirischen Ergebnissen um eine lediglich geringe Stichprobengröße handelt und diese damit als nicht repräsentativ anzusehen ist, so lassen sich neben dem theoretischen Wissen dennoch Rückschlüsse über Gelingensbedingungen in der Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie schließen. In der Diskussion sollen die Ergebnisse aus den qualitativ erhobenen Experteninterviews im Bezug zu den bereits theoretischen Auszügen der vorliegenden Arbeit dargestellt werden. Dabei werden ausgewählte Aspekte aus den bereits behandelten Kategorien: Gemeinsame Schnittstellen in der multiprofessionellen Kooperation, persönliche Erfahrungen in der allge-

¹⁴ Aufgrund einer besseren Lesbarkeit wird bei den Praxisbezügen im Diskussionsteil auf erneute Literaturbelege verzichtet. Da keine neuen Ergebnisse aus den erhobenen Daten dargelegt werden, können diese unter 4.3 *Darstellung der Ergebnisse* nachvollzogen werden.

meinen Zufriedenheit zur Zusammenarbeit (Good/ Bad Practice), jeweils zu den Voraussetzungen und Hindernissen für eine gelingende Kooperation sowie Verbesserungswünsche für eine gemeinsame Zusammenarbeit herausgearbeitet.

5.1 Gemeinsame Schnittstellen in der multiprofessionellen Kooperation

Aus den erhobenen Interviewergebnissen geht hervor, dass die Mitarbeiter_innen der Kinder- und Jugendhilfe eine gemeinsame Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Hinblick auf den § 35 a SGB VIII als notwendig erachten. Die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit resultiert daraus, dass die KJH im Rahmen der Eingliederungshilfe auf die Fachkompetenzen der KJP angewiesen ist. So bedarf eine Hilfemaßnahme gemäß § 35 a SGB VIII zunächst der Feststellung einer Abweichung in der seelischen Gesundheit, die durch Ärzte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychotherapeut_innen in einer ärztlichen Stellungnahme diagnostiziert werden müssen (vgl. Stascheit 2013, 1240). Zusätzlich geht aus der Theorie hervor, dass die rechtliche Grundlage des § 35 a SGB VIII einer gemeinsamen Verpflichtung unterliegt und somit aus Sicht einer subjektiven Notwendigkeit vielmehr eine rechtlich begründete Vorgabe besteht (vgl. Späth 2004, 499).

In der Praxis hat sich gezeigt, dass Kinder und Jugendliche in ausgeprägten Lebenskrisen auf die Angebote beider Hilfesysteme angewiesen sind. So kann beispielsweise neben einer therapeutischen Behandlung oftmals auch eine pädagogische Maßnahme akut notwendig sein. Die Theorie setzt hier an, indem sie behauptet, dass die Vielfalt der psychischen Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen einem ebenso vielfältigen und multiprofessionellen Versorgungssystem bedürfen (vgl. Libal/ Fegert 2004, 227). Bedingt durch die Komplexität der Problemlagen bei Kindern/ Jugendlichen und damit verbundenen Kontaktaufnahme zu beiden Hilfesystemen, ist es notwendig, dass sich die Professionen hinsichtlich ihrer unterschiedlichen Hilfsangeboten sowie Unterstützungsmöglichkeiten passend aufeinander abstimmen und so miteinander vernetzen, dass ein möglichst optimales Gesamthilfesystem entstehen kann (vgl. Darius/ Hellwig 2004, 505).

5.2 Persönliche Erfahrungen in der allgemeinen Zufriedenheit zur Zusammenarbeit (Good/ Bad Practice)

Aufgrund der unterschiedlichen Fachkompetenzen sind sich die Professionen bzgl. der doch unterschiedlichen Problemansichten im Abstimmungsprozess nicht immer einig, wodurch

eine Auseinandersetzung vorprogrammiert ist. In seltenen Fällen wird berichtet, dass aus diesen Unstimmigkeiten im gemeinsamen Abstimmungsprozess weitere Konflikte auf persönlicher Ebene zwischen den Fachdisziplinen entstehen können und eine Zusammenarbeit gefährdet ist. In der Literatur wird diese Problematik unterstützt. Insbesondere in Abstimmungsprozessen bei der Zuweisung geeigneter Hilfemaßnahmen, herrschen teilweise noch unterschiedliche Einschätzungen (BVkE 2009, 1). Defizite im Aushandlungsprozess liegen vor, wenn im jeweils anderen Hilfesystem ein anderes Problemverständnis existiert und es somit zu keiner Übereinstimmung über den weiteren Hilfeverlauf kommt. Hier wird auch von einer „wechselseitigen übergreifigen Definition“ gesprochen (Schone 2008, 150).

Aus den praktischen Ergebnissen geht außerdem hervor, dass negative Erfahrungen auf struktureller Ebene keine Seltenheit sind. So wird in der bisherigen Kooperation von beiden Seiten von einer sogenannten „Abschiebeproblematik“ gesprochen. In der Praxis wird darunter verstanden, dass ein Kind/ Jugendlicher aufgrund seiner ausgeprägten Lebenskrise weder in die eine, noch in die andere Fachdisziplin passt und sich beide Systeme der Verantwortung einer Zuständigkeit entziehen. In der Literatur wird hierbei von einer „organisierten Hilflosigkeit“ gesprochen, bei der sich beide Hilfesysteme, aufgrund einer unzureichenden Übergangsregelung, einer rechtlichen Zuweisung entziehen. Dies geht jedoch den betroffenen Kindern/ Jugendlichen zu Lasten. Daher fordern Kritiker die Übernahme einer geteilten Verantwortung der Systeme, statt sich diese immer wieder hin und her zu schieben (Ader/ Klein 2011, 25 f.)

5.3 Voraussetzungen und Hindernisse für eine gelingende Kooperation

Beide Hilfesysteme haben in der Praxis erwähnt, dass die Bereitschaft zur Kooperation als eine wichtige Voraussetzung im gemeinsamen Gelingen darstellt. Darunter verstehen die Professionen ein gegenseitiges Interesse an einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit sowie das Kennenlernen der anderen Fachdisziplin als auch die Bereitschaft an gemeinsamen Abstimmungsprozessen (Hilfeplangesprächen) teilzunehmen. Soll eine gemeinsame Entscheidungsfindung gut gelingen, so sind sich die Professionen einig, dass dies zunächst einer gut funktionierenden Kommunikation bedarf. Als voraussetzungsreiche Merkmale in der Kommunikation werden u.a. Faktoren wie Transparenz, Gleichberechtigung und eine Einheitlichkeit in der Sprache von beiden Parteien benannt. Hier setzt auch die Literatur an, indem gesagt wird, dass durch die Bereitschaft miteinander in einen Dialog sowie offenen Austausch zu gehen, das Zulassen anderer professioneller Sichtweisen ermöglicht werden. Eine bewertungsfreie und vor allem bedürfnisorientierte Kommunikation spielt im gemeinsamen Aus-

handlungsprozess eine tragreiche Rolle. Durch eine gemeinsame Problemeinsicht und Übereinstimmung können Ziele sowie daraus ableitende Maßnahmen besser aufeinander abgestimmt werden (vgl. Wolff 2011, 34 f.).

In der Praxis hat sich gezeigt, dass ein Ungleichgewicht auf hierarchischer Ebene von beiden Systemen als ein Hindernis für eine gelingende Kooperation wahrgenommen wird. Die Professionen sprechen hier von einer Grenzüberschreitung in die Fachlichkeit der anderen Profession. Dies mache sich beispielsweise darin bemerkbar, dass Hilfemaßnahmen durch die andere Partei explizit vorgegeben werden. In der Theorie wird diese Problematik bestätigt. Hier heißt es, dass die Schwierigkeit in der Kooperation in den zu erwartenden Anforderungen und Erwartungen an die jeweils andere Profession vorliegt. Kurzfristige Entscheidungen sowie druckvoll aufgetragene Interventionen über entsprechende Hilfen, werden als unangemessen empfunden (vgl. Schone 2008, 150).

Interessant erscheint die Ansicht, dass in der Literatur von einem Machtgefälle im dialogischen Handeln zwischen den beiden Systemen gesprochen wird, wenn es darum geht, dass die KJP in medizinischen Fragen die „Definitionshoheit“ besitzt (vgl. Rotthaus 2005, 240 f.)

Die Ergebnisse aus der Praxis zeigen hingegen, dass zum größten Teil eine Einigkeit darüber herrscht, dass die Definition von Krankheitsbildern zum Aufgabenfeld der KJP zählt. Von einem Machtgefälle wird hier nicht gesprochen. Allerdings wird die Entscheidungshoheit der KJH bei der Bewilligung von Hilfen zur Erziehung als ein Ungleichgewicht in der gemeinsamen Zusammenarbeit empfunden, wenn im Vorfeld keine partnerschaftliche Entscheidungsfindung auf Augenhöhe stattgefunden hat. Zu beachten ist jedoch, dass aufgrund der nicht repräsentativen Daten aus den Interviews, Grenzen in der Aussagekraft zu vermerken sind.

5.4 Verbesserungswünsche für eine gemeinsame Zusammenarbeit

Der Wunsch nach einer verbesserten Kommunikation auf Augenhöhe besteht weiterhin in der Praxis und wird als ausbaufähig benannt. Der Wunsch dahingehend, sich mit seinen Grenzen und Stärken gegenüber der anderen Partei transparent aufstellen zu können. In der Literatur wird die Kommunikation auf Augenhöhe ebenfalls als ein wichtiger Beitrag zum Gelingen einer Kooperation aufgeführt. So setzt z.B. der Hamburger Leitfaden einer gleichberechtigten Partnerschaft einen Austausch auf Augenhöhe voraus. Auf dieser Basis kann es der jeweils anderen Partei gelingen ihr Fachwissen in der Kooperation gleichermaßen zu entfalten (BSG

2006-2007, 25). Zur Förderung einer einheitlichen Sprache wünschen die Mitarbeiter_innen der KJH Fort- und Weiterbildung zur Aneignung medizinischen Wissens. Auch die Literatur sieht die Gestaltung eines interprofessionellen Behandlungs- und Betreuungsprozesses als kooperationsfördernde Maßnahme vor. Fachkräfte aus der KJH sollten ein spezifisches Wissen im Hinblick auf spezifische Störungsbilder sowie hilfreiche Interventionsmaßnahmen aufweisen können, wenn sie mit psychisch belastenden Kindern sowie Jugendlichen zusammenarbeiten (vgl. Beck 2008, 20 f.).

6. Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Schnittstelle der beiden Hilfesysteme der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Welche Faktoren sind für eine gelingende Kooperation zwischen den beiden Fachdisziplinen notwendig, damit ein gemeinsamer kollegialer Abstimmungsprozess im Hilfeschehen entstehen kann? So lautete die Ausgangsfrage, die sich zu Beginn dieser Arbeit stellte. Zur Annäherung an diese Frage wurden die Hilfesysteme zunächst vorgestellt um daran anknüpfend die Thematik der Kooperation zwischen der KJH und KJP theoretisch zu erläutern. Dabei wurden neben der Darstellung einer Kooperationsrelevanz sowie Voraussetzungen und Hindernisse für eine gelingende Zusammenarbeit, die Unterschiede auf konzeptioneller als auch methodischer Ebene sowie die Unterschiede in ihrer gesetzlichen Verortung und auch in der Art ihrer Finanzierung theoretisch aufgezeigt. Trotz dieser Unterscheidungsmerkmale konnte theoretisch dargelegt werden, dass die Relevanz einer multiprofessionellen Kooperation nicht ausschließlich aufgrund der rechtlichen Vorgabe gemäß § 35 a SGB VIII, sondern auch aufgrund eines erhöhten Versorgungs- sowie Handlungsbedarfs auf kooperativer Ebene von KJH und KJP notwendig ist. Diverse Studien haben gezeigt, dass ein Anstieg an einer psychischen Störung im Kindes- und Jugendalter zu erkranken tendenziell steigt, wodurch eine interdisziplinäre Versorgung in der Theorie gefordert wird um ein optimales Hilfefkonstrukt für die Betroffenen zu konzipieren. Im empirischen Teil wurden Ergebnisse von Expert_innen aus beiden Fachbereichen hinsichtlich ihrer Erfahrungen zu einer multiprofessionellen Kooperation zusammengefasst, die anschließend mit der Fachliteratur verbunden sowie diskutiert wurde, um daraus Rückschlüsse für die professionelle Praxis ziehen zu können.

Um die vorliegende Forschungsfrage beantworten zu können, sollen im Folgenden die Rückschlüsse aus dem Diskussionsteil -in prägnanter Form- zusammenfassend dargestellt werden.

Die Bereitschaft zur Kooperation wird als ein entscheidender Gelingensfaktor in der kollegialen Zusammenarbeit gesehen. So ist ein gegenseitiges Interesse an einer partnerschaftlichen Kooperation sowie das Kennen um die Fachkompetenzen der anderen Fachdisziplin ein tragreicher Baustein im Gelingen einer Partnerschaft. Auch die Teilnahme an kollegialen Abstimmungsprozessen und damit die Bereitschaft in einen Dialog sowie offenen Austausch zu gehen, stellen förderliche Gelingensbedingungen dar. Neben der Bereitschaft und dem Interesse spielt vor allem die Kommunikation untereinander eine wichtige Rolle, wenn eine Kooperation und damit gemeinsame Entscheidungsfindung im Hilfesgeschehen gelingen soll. Kommunikationsfördernde Attribute wie: Kommunikation auf Augenhöhe, Transparenz in den Aussagen und eine einheitliche Sprache stellen hierbei die Kernkompetenzen dar und bedürfen einer Umsetzung, damit sich das Gegenüber in seiner Profession ernst genommen fühlt. In den gemeinsamen Aushandlungsprozessen sollte die Kommunikation stets bewertungsfrei und bedürfnisorientiert gestaltet werden. Zum einen bewertungsfrei, weil man dadurch seinem Gegenüber das nötige Vertrauen in seine Fachkompetenzen entgegenbringt und zum anderen bedürfnisorientiert, um ein optimales Hilfefkonstrukt für das betroffenen Kind/ Jugendlichen zu konzipieren. Wenn es beiden Fachdisziplinen gelingt, sich auf Augenhöhe zu verständigen, so können sie sich als gleichberechtigte Partner akzeptieren und ihr Fachwissen gleichermaßen entfalten.

Festzuhalten ist jedoch, dass es sich bei diesen Rückschlüssen lediglich um einen Ausschnitt aus einer Idealvorstellung (best practice) handelt, die in der Realität utopisch erscheint und weiterer Kooperationsvereinbarungen bedarf. Denn bislang sind noch keine einheitlichen Rahmenbedingungen, beispielsweise im Bezug auf eine gemeinsame Sprache (Wissen um medizinische Kompetenzen auf Seiten der KJH) sowie Dokumentationsrichtlinien vorhanden. Zwischen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen verbindliche Standards für die gemeinsame Zusammenarbeit entwickelt werden, andernfalls ist die Erfolgsaussicht weiterhin unsicher. Nicht zuletzt aufgrund unterschiedlicher Zugänge und Sichtweisen zu Kindern und Jugendlichen sehen die beiden Hilfesysteme sich oftmals in Konkurrenz zueinander, wodurch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit weiterhin als Herausforderung beidseits angesehen wird. Aufgrund steigender Tendenzen psychosozial belasteter und benachteiligter Kinder und Jugendlichen, müssen die beiden Professionen ihre berufli-

chen Belange hinsichtlich eines Konkurrenzdenkens zurückstellen und stets das Ziel vor Augen haben, abgestimmte Hilfen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen partnerschaftlich zu generieren. Denn die Praxis zeigt, dass die Umsetzung konstruktiver, passgenauer Hilfen für schwierige sowie komplexe Fälle nur durch eine Kooperation zwischen den Hilfesystemen möglich sind. Die Grenzgänger sind auf den erfolgreichen Abstimmungsprozess der Professionen angewiesen, so wie auch die Kooperationspartner aufeinander angewiesen sind.

7. Literatur- und Quellenverzeichnis

Ader, Sabine / Klein, Martin (2011): Die organisierte Verantwortungslosigkeit - Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie als bleibende Herausforderung, in: Sozial Extra. Praxis aktuell: Unterlassene Hilfeleistung?, Nr. 5/6, S. 24-28.

Beck, Norbert (2008): Die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbessern, in: Dialog Erziehungshilfe, Nr. 4, S. 15-25.

Baierl, Martin (2014): Herausforderung Alltag: Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. 4. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Darius, Sonja / Hellwig, Ingolf (2004): Zur Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, in: Fegert, Jörg M. / Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie: interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa-Verlag, S. 505-516.

Denner, Silvia (Hg.) (2008): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer.

Du Bois, Reinmar (2004): Historische Trennlinien und Berührungspunkte zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie: interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa-Verlag, S. 421-427.

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

Flick, Uwe (2012): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 2. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

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

Fröhlich-Gildhoff, Klaus / Hensel, Thomas / Sättele, Eva-Maria (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Gahleitner, Silke Birgitta u. a. (Hg.) (2013): Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe: interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

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

Gintzel, Ullrich / Schone, Reinhold (1989): Einführung, in: Institut für soziale Arbeit e.V. Soziale Praxis: Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, Nr. 7, S. 5-8.

Gintzel, Ullrich (1989): Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - Zwischen Konkurrenz und Kooperation, in: Institut für soziale Arbeit e.V. Soziale Praxis: Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, Nr. 7, S. 10-22.

Homfeldt, Günther / Gahleitner, Birgitta (2013): Interprofessionelle Kooperation in Diagnostikprozessen der Kinder- und Jugendhilfe, in: Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe: Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, S. 76-83.

Kalter, Birgit (2004): Unterschiede verstehen und auf das Gemeinsame bauen: Kooperationsfördernde Rahmungen von Aus- und Weiterbildung, in: Fegert, Jörg M. / Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie: interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa-Verlag, S. 591-597.

Lamnek, Siegfried / Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung: mit Online-Material. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim Basel: Beltz.

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: Juventa-Verlag, S. 225-241.

Machetanz, Egon (1989): Die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, in: Institut für soziale Arbeit e.V. Soziale Praxis: Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, Nr. 7, S. 61-69.

Mayring, Philipp (1999): Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. 4. Aufl. Weinheim: Beltz.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.

Misoch, Sabina (2015): Qualitative Interviews. Berlin München Boston: de Gruyter Oldenbourg.

Moos, Marion (2008): Aufgaben und Leistungen der Jugendhilfe im Kontext von seelischer Behinderung, in: Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 154-165.

Remschmidt, Helmut / Quaschner, Kurt / Aster, Sigrid von (Hg.) (2011): Kinder- und Jugendpsychiatrie: eine praktische Einführung; 175 Tabellen. 6., überarb. Aufl. Stuttgart: Thieme.

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

Schone, Reinhold (2013): Kinder - und Jugendhilfe als Kooperationspartner der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in: Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 141-153.

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

Stascheit, Ulrich (Hg.) (2013): Gesetze für Sozialberufe: die Gesetzessammlung für Studium und Praxis. 23., überarb. Aufl., Stand: 1.8.2013. Frankfurt am Main: Fachhochschulverl., Verl. für Angewandte Wissenschaften.

Wiesner, Reinhard (2004): Rechtliche Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe, in: Fegert, Jörg M. / Schrappner, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie: interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa-Verlag, S. 49-57.

Winkler, Michael (2004): Sozialpädagogik, in: Fegert, Jörg M. / Schrappner, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie: interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa-Verlag, S. 35-47.

Wolff, Reinhart (Hg.) (2011): Dormagener Qualitätskatalog der Kinder- und Jugendhilfe: ein Modell kooperativer Qualitätsentwicklung. Opladen: Budrich.

Internetquellen

BSG (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz) (2006-2007): Ein Klima fördern. Hamburger Handlungsleitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse der Arbeitsgruppe Jugendhilfe Kinder- und Jugendpsychiatrie, online unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/117770/51bf074e7b224b7cdc24a4e4cc7a217f/data/handlungsleitfaden.pdf> (Zugriff: 16.05.2017)

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=E09%20D15F37F114755813522DA7229287BE1D22&ag_id=1645 (Zugriff: 16.05.2017)

DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) (2017): Kurzinformation, online unter: <http://www.dgkjp.de/dgkjp/ueber-uns?showall=&limitstart=> (Zugriff: 30.04.2017).

Grenzgänger-Projekt (2015): Projekt: Grenzgänger. Abgestimmter Umgang mit Kindern und Jugendlichen bei Vorliegen einer psychischen Störung sowie eines Unterstützungsbedarfs gemäß SGB VIII, online unter: https://www.haw-hamburg.de/fileadmin/user_upload/WS-SozA/Department_Soziale_Arbeit/Forschung/GG_Flyer.pdf (Zugriff: 17.05.2017)

Groen, Gunter / Jörns-Presentati, Astrid (2016): Grenzgänger. Wissenschaftliche Begleitung, online unter:

https://www.haw-hamburg.de/fileadmin/user_upload/WS-SozA/Department_Soziale_Arbeit/Forschung/GG_Flyer.pdf (Zugriff: 17.05.2017)

KiGGS (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012): Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1), online unter: <http://edoc.rki.de/oa/articles/re9wG5xBftbdM/PDF/23snHyPgg8sPo.pdf> (Zugriff: 13.05.2017).

Rotthaus, W. (2005): Der § 35a SGB VIII und die Kinder- und Jugendpsychiatrie, online unter:

edoc.difu.de/edoc.php?id=8P2ZR7HF, S. 232-242 (Zugriff: 10.05.2017).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017): Immer mehr Kinder und Jugendliche leiden Depressionen, online unter:

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheit.html;jsessionid=1FFAA7DD778D002E5C4B5AE854CDD99B.cae3> (Zugriff: 11.05.2017).

8. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig 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

9. Anhang

Die Transkripte der Experteninterviews befinden sich in elektronischer Form auf dem USB-Stick.