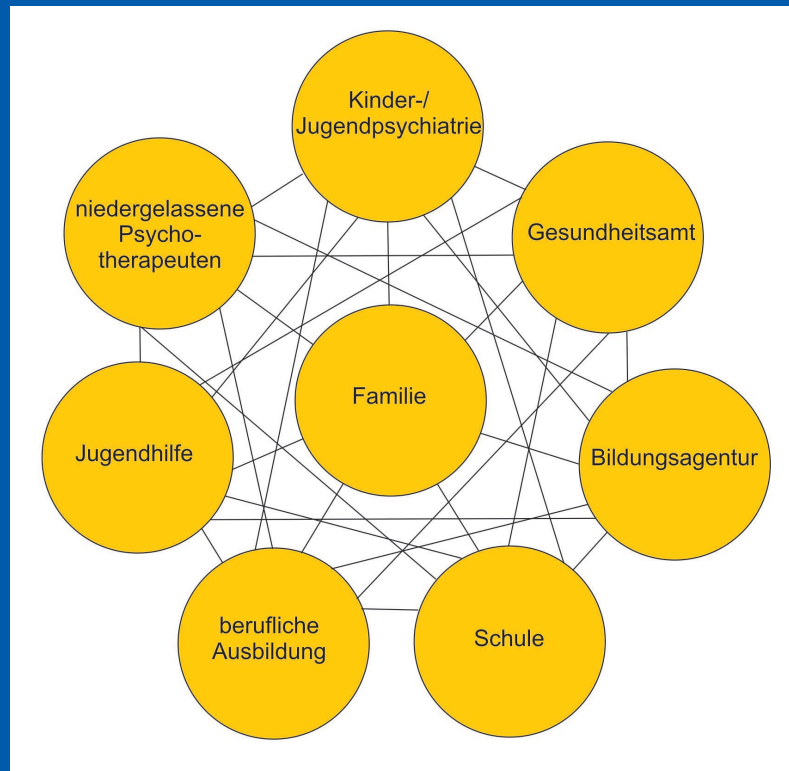




„Komplexer Hilfebedarf“ Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule



**Abschlussbericht zum Landesmodellprojekt
des Jugendamtes Leipzig und der Universität Leipzig
in Zusammenarbeit mit dem Landesjugendamt
November 2007 – September 2009**



Stadt Leipzig

UNIVERSITÄT LEIPZIG

Träger des Landesmodellprojekts:

Stadt Leipzig

Jugendamt

Dr. Siegfried Haller

Naumburger Straße 26

04229 Leipzig

Projektleitung: Dipl.-Psych. Miriam Keil

E-Mail: miriam.keil@leipzig.de

Telefon: 0341/123 - 4376

Wissenschaftliche Begleitung und Bericht:

Universität Leipzig

Erziehungswissenschaftliche Fakultät

Professur für Sozialpädagogik

Karl-Heine-Straße 22b

04229 Leipzig

Prof. Dr. Chr. v.Wolfersdorff

E-Mail: cwolf@rz.uni-leipzig.de

Telefon: 0341/97-31476

Projektgruppe:

M.A. Urte Graba

M.A. Diana Hein

M.A. Kati Neudert

M.A. Sebastian Rahtjen

Mitarbeit im Rahmen des Lehrstuhls für
Sozialpädagogik: Hannes Teschner (cand. päd.)

Mitarbeit auf Honorarbasis:
Dipl. Soz. Päd. Gabriele Gabriel

E-Mail: sozpaed@uni-leipzig.de

Telefon: 0341/97-31473

Impressum

Stadt Leipzig

Jugendamt

Dr. Siegfried Haller

Naumburger Straße 26

04229 Leipzig

E-Mail: jugendamt@leipzig.de

November 2009

Abschlussbericht

zum

Landesmodellprojekt "Praxisbezogenes Forschungsvorhaben: Qualifizierte Betreuung für Familien und junge Menschen mit komplexem Hilfebedarf"

Initiiert und fachlich begleitet durch das Landesjugendamt im Sächsischen
Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, gefördert durch das
Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Vorwort

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt ein Projekt, das in Zusammenarbeit des Sächsischen Landesjugendamts, des Jugendamts Leipzig und der Universität Leipzig, Lehrstuhl Sozialpädagogik, entwickelt wurde und sich auf Familien und junge Menschen mit „komplexem Hilfebedarf“ bezieht. Vor allem geht es um die Frage, wie die für eine qualifizierte Betreuung notwendige Kooperation zwischen Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule verbessert werden kann. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Kooperationsvereinbarung, die in Leipzig zwischen dem städtischen Jugendamt und den beiden Leipziger kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken geschlossen wurde. Ziel der Untersuchung war es, die Erfahrungen auszuwerten, die mit dieser Kooperationsvereinbarung bisher gesammelt wurden, Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen und Handlungsempfehlungen für die Praxis zu formulieren.

Bei den Kliniken handelt es sich um die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Park - Krankenhaus Leipzig - Südost GmbH sowie die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Leipzig AöR. Die Kooperationsvereinbarung trat im September 2004 in Kraft und wurde seitdem mehrfach überarbeitet. Eine aktuelle Version liegt seit Januar 2008 vor. Mit Hilfe der Kooperationsvereinbarung sollen bislang bestehende Abstimmungsprobleme bei der Betreuung junger Menschen mit komplexem Hilfebedarf frühzeitig erkannt und wirksam reduziert werden.

Die hier dokumentierte Untersuchung entwickelte sich in enger Abstimmung zwischen Jugendamt und Universität. Sie ist damit selbst das Ergebnis eines Kooperationsprozesses, in dessen Verlauf zwei unterschiedliche Partner sich über gemeinsame Konzepte verständigen und Zugänge zu einem schwierigen Praxisfeld klären mussten. Die Probleme, um die es dabei geht, sind mit Begriffen wie „komplexer Hilfebedarf“ nur sehr allgemein beschrieben. Sie betreffen Kinder und Jugendliche in hoch belasteten Lebenslagen, überforderte Eltern und Schulen ebenso wie Hilfesysteme, die sich in einem wachsenden Spannungsfeld zwischen fachlichen Qualitätsansprüchen und prekären finanziellen Rahmenbedingungen behaupten müssen. Und: Diese Probleme machen an den Grenzen der mit ihnen befassten pädagogischen und therapeutischen Institutionen – Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule – nicht Halt, konfrontieren sie vielmehr in neuer Dringlichkeit mit der Notwendigkeit systematischer Kooperation und Koordination. Die vielen offenen Fragen, die sich daraus ergeben, sind Gegenstand dieses Berichts.

Wir danken allen, die sich aktiv in das Projekt eingebracht und mit ihrer engagierten Mitarbeit dazu beigetragen haben, dass die Untersuchungen in einer Laufzeit von weniger

als zwei Jahren zum Abschluss gebracht werden konnten. Der Arbeitsgruppe am Lehrstuhl Sozialpädagogik der Universität Leipzig – Frau Hein, Frau Neudert, Frau Graba und Herrn Rahtjen – danken wir für ihre Kreativität und den unermüdlichen Einsatz, den sie in allen Phasen des Projekts gezeigt haben, aber auch für jede Menge Überstunden bei der Abfassung des Schlussberichts. Frau Keil danken wir für die Zuverlässigkeit und Genauigkeit, mit der sie im Jugendamt Leipzig die Aufgaben der Projektleitung wahrgenommen und die Fäden zwischen Behörde, Kliniken, Jugendhilfeträgern, Schulen und Universität zusammengehalten hat. Unser Dank gilt auch Frau Ebert und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Allgemeinen Sozialdienstes und der Jugendgerichtshilfe im Jugendamt, die Themen und Fragestellungen der Fallsteuerung transparent gemacht sowie das Projekt bei der Durchführung der Aktenanalyse unterstützt haben. Danken möchten wir ebenfalls unseren GesprächspartnerInnen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aus der Jugendhilfepraxis sowie aus dem Bereich der Schule und nicht zuletzt den Eltern, die uns in längeren Gesprächen Einblick in ihr Leben gewährt haben. Sie alle haben mit ihren offenen Antworten, ihren freimütigen Stellungnahmen und ihren vielfältigen Sachinformationen zum Entstehen dieses Berichts maßgeblich beigetragen.

Leipzig, im November 2009



Dr. Siegfried Haller
Leiter des Jugendamts Leipzig



Prof. Dr. Christian v. Wolffersdorff
Lehrstuhl Sozialpädagogik
Erziehungswissenschaftliche Fakultät
Universität Leipzig

Inhaltsverzeichnis

1. EINFÜHRUNG	- 1 -
1.1 ZIEL UND METHODISCHER ANSATZ DER UNTERSUCHUNG.....	- 1 -
1.2 DER PROJEKTVERLAUF IM ÜBERBLICK.....	- 2 -
1.3 PREKÄRE LEBENSLAGEN UND GEFÄHRDETE SOZIALISATION: WAS HEIßT KOMPLEXER HILFEBEDARF?	- 3 -
1.3.1 Erschöpfte Familien	- 4 -
1.3.2 Zunahme psychischer Belastungen	- 5 -
1.4 REALITÄT ODER MANTRA? DAS PROBLEM DER KOOPERATION	- 6 -
1.4.1 Gemeinsamkeit und Differenz.....	- 7 -
1.4.2 Schule	- 8 -
1.4.3 Interdisziplinäre Verantwortung	- 9 -
2. PROJEKTORGANISATION UND ERHEBUNGSDESIGN	- 11 -
2.1 SCHWERPUNKTE UND AUFBAU DER UNTERSUCHUNG	- 13 -
2.2 ERHEBUNGSDESIGN.....	- 13 -
a) Dokumenten-/Aktenanalyse	- 13 -
b) persönliche Befragung	- 14 -
c) fallübergreifende Gruppendiskussion und fallbezogener Fragebogen	- 16 -
3. UM WEN GEHT ES? – DIE KINDER UND JUGENDLICHEN IM STATISTISCHEN ÜBERBLICK	- 17 -
3.1 GESCHLECHTERVERHÄLTNIS	- 17 -
3.2 ALTERSSTRUKTUR	- 17 -
3.3 FALLSTART INNERHALB DER JUGENDHILFE.....	- 18 -
3.4 ANZAHL UND ART DER IN ANSPRUCH GENOMMENEN JUGENDHILFEMAßNAHMEN ...	- 20 -
3.5 BEHANDLUNGEN IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	- 22 -
3.6 BILDUNGSVERLÄUFE – SCHULE	- 24 -
4. ZWEI FALLBEISPIELE	- 27 -
4.1 ANDREAS	- 27 -
4.2 MARIO.....	- 31 -
5. „ICH DENKE, DASS ES ZUGENOMMEN HAT“: PROFESSIONELLE WAHRNEHMUNGEN ÜBER KOMPLEXEN HILFEBEDARF	- 37 -
5.1 WAHRNEHMUNGEN AUS SICHT DER HZE, DES ASD UND DER JGH.....	- 37 -
5.2 WAHRNEHMUNGEN AUS SICHT DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	- 42 -
5.3 WAHRNEHMUNGEN AUS SICHT DER SCHULE	- 44 -

6. „ES IST EIN GUTES ARBEITSPAPIER, ABER...“: DIE LEIPZIGER KOOPERATIONSVEREINBARUNG IM URTEIL DER FALLBETEILIGTEN.....	- 48 -
6.1 WIE BEKANNT IST DIE KOOPERATIONSVEREINBARUNG?	- 49 -
6.2 WIE WICHTIG IST DIE KOOPERATIONSVEREINBARUNG FÜR DIE PRAXIS?	- 51 -
6.3 WIE SOLL DIE KOOPERATIONSVEREINBARUNG EVALUIERT WERDEN?	- 54 -
6.4 SOLL DIE SCHULE IN DIE KOOPERATIONSVEREINBARUNG EINBEZOGEN WERDEN?	- 56 -
6.5 WAS SAGEN DIE BEFRAGTEN SELBST ZUR MODIFIKATION DER KOOPERATIONSVEREINBARUNG?	- 57 -
6.6 FOLGERUNGEN	- 57 -
7. ZUR KOORDINATION VON KOOPERATIONSPROZESSEN.....	- 59 -
7.1 TRANSPARENZ ALS VORAUSSETZUNG VON KOOPERATION	- 61 -
7.1.1 Gegenseitige Information.....	- 61 -
7.1.2 Erreichbarkeit der Ansprechpartner	- 63 -
7.1.3 Kontinuität	- 64 -
7.1.4 Fachliches Verständnis.....	- 64 -
7.2 INTERDISZIPLINARITÄT	- 66 -
7.2.1 Koordinierungsstelle	- 67 -
7.2.2 Institutionelle Zuständigkeiten – Zur Frage der Fallsteuerung.....	- 68 -
7.3 FOLGERUNGEN	- 69 -
8. „WIR MÜSSEN MITEINANDER REDEN“: ZUR KOMMUNIKATION ZWISCHEN UNTERSCHIEDLICHEN HELFERSYSTEMEN	- 71 -
8.1 „AUF DAS WISSEN IST MAN ANGEWIESEN“: INFORMATIONSAUSTAUSCH ÜBER DEN EINZELFALL	- 72 -
8.1.1 Einschätzungen aus Sicht des ASD und der KJPPP.....	- 72 -
8.1.2 Informationsweitergabe nach Entlassung aus der Klinik	- 73 -
8.1.3 Wie gut ist die ambulante Nachbetreuung?	- 75 -
8.1.4 Einschätzungen aus Sicht der Hilfen zur Erziehung.....	- 76 -
8.1.5 Einschätzungen aus Sicht der Schule.....	- 77 -
8.2 „ES IST EINFACHER, WENN MAN SEINEN PARTNER KENNT“: FACHLICHER AUSTAUSCH UNABHÄNGIG VOM EINZELFALL.....	- 77 -
8.2.1 Arbeitsgruppen und Workshops.....	- 79 -
8.2.2 Fort- und Weiterbildung	- 80 -
8.3 „DIE WERDEN BENANNT, ABER NICHT AUSGETRAGEN“: DER UMGANG MIT KONFLIKTEN	- 81 -
8.3.1 Pädagogische und medizinische Kompetenz.....	- 82 -
8.3.2 Krisenmanagement.....	- 83 -
8.4 „ABER SIE SAGEN ES NICHT!“ – DIE BEDEUTUNG VON ANERKENNUNG UND WERTSCHÄTZUNG.....	- 84 -

9. „MAN HAT GAR KEINE ZEIT DAZU“: KOMPLEXER HILFEBEDARF AUS DER SICHT VON SCHULE	- 86 -
9.1 WAHRNEHMUNGEN ZUR LEISTUNGSFÄHIGKEIT VON SCHULE	- 86 -
9.2 „IN DEN LATSCHEN DES ANDEREN GEHEN“: GEGENSEITIGES VERSTÄNDNIS	- 88 -
9.3 INFORMATIONSFLUSS	- 91 -
9.4 EXKURS: ELTERN ALS MITTLER UND VERMITTLER	- 92 -
9.5 ZUR EINBINDUNG VON SCHULE IN DEN KOOPERATIONSPROZESS	- 93 -
9.6 EINBINDUNG VON SCHULE – EIN DISKUSSIONSVORSCHLAG.....	- 95 -
10. ZUR POSITION DER HILFEN ZUR ERZIEHUNG IM UMGANG MIT KOMPLEXEM HILFEBEDARF.....	- 98 -
10.1 „DA WAR ICH LETZTENDLICH IMMER DER VERMITTLER“ – DIE ROLLE DER AMBULANTEN HILFEN	- 98 -
10.2 „ALSO BLEIBT JA BLOß AUSWÄRTSUNTERBRINGUNG“: ZUM ANGEBOT STATIONÄRER JUGENDHILFEEINRICHTUNGEN IN LEIPZIG	- 99 -
10.3 „DAS KONZEPT DER THERAPEUTISCHEN WG IST NOCH NICHT ZU ENDE GEDACHT“: QUALITATIVE ERFORDERNISSE IN DEN STATIONÄREN HILFEEINRICHTUNGEN	- 100 -
11. „ICH HAB MIR MEHR BERATUNG GEWÜNSCHT“: HILFEPROZESSE IN DER WAHRNEHMUNG VON FAMILIEN	- 103 -
11.1 AMBIVALENZ.....	- 103 -
11.2 ÜBERFORDERUNG.....	- 105 -
11.3 VORAUSSETZUNGEN FÜR GELINGENDE KOOPERATION	- 107 -
11.4 ERFAHRUNGEN MIT DEM ASD.....	- 109 -
11.5 KOOPERATIONSPROBLEME IM UMGANG MIT FAMILIEN.....	- 111 -
11.6 BETEILIGUNG.....	- 113 -
12. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	- 115 -
12.1 AUSSAGEN ZUM HANDLUNGSBEDARF AUS SICHT DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG.....	- 115 -
12.2 VORSCHLÄGE DES JUGENDAMTES ZUR UMSETZUNG DER HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	- 117 -
13. ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSS	- 120 -
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	- 122 -
LITERATURVERZEICHNIS.....	- 123 -
ANHANG	VII

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Untersuchungsebenen.....	- 15 -
Abb. 2: Geschlechterverhältnis	- 17 -
Abb. 3: Altersstruktur	- 17 -
Abb. 4: Altersverteilung im Geschlechtervergleich	- 18 -
Abb. 5: Altersverteilung im Geschlechtervergleich	- 18 -
Abb. 6: Fallstartalter in Jahren	- 18 -
Abb. 7: Anzahl der Jugendhelfemaßnahmen	- 20 -
Abb. 8: Anzahl der Jugendhelfemaßnahmen im Geschlechtervergleich.....	- 21 -
Abb. 9: Anzahl der Jugendhelfemaßnahmen im Geschlechtervergleich.....	- 21 -
Abb. 10: Anzahl der Behandlungen in der KJPPP im Geschlechtervergleich	- 23 -
Abb. 11: Anzahl der Behandlungen in der KJPPP im Geschlechtervergleich.....	- 23 -
Abb. 12: Förderschulbesuch im Geschlechtervergleich.....	- 25 -
Abb. 13: Förderschulbesuch im Geschlechtervergleich.....	- 25 -
Abb. 14: Kreislauf der Evaluation.....	- 55 -
Abb. 15: während der Abschlusstagung erarbeitetes Schema	- 96 -
Tabelle 1: Anzahl und Verteilung der Interviews	- 15 -
Tabelle 2: Beteiligung aus dem Bereich der Leistungsanbieter Hilfen zur Erziehung ..	- 16 -
Tabelle 3: Fallstartalter in Jahren.....	- 19 -
Tabelle 4: Fallstartalter Jungen.....	- 19 -
Tabelle 5: Fallstartalter Mädchen.....	- 20 -
Tabelle 6: Anzahl der Behandlungen in der KJPPP	- 22 -
Tabelle 7: Dauer stationärer und teilstationärer KJPPP- Aufenthalte Jungen.....	- 24 -
Tabelle 8: Dauer stationärer und teilstationärer KJPPP- Aufenthalte Mädchen.....	- 24 -
Tabelle 9: Anzahl der Schulwechsel	- 25 -
Tabelle 10: Aktuelle Schulform	- 26 -

1. Einführung

Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung ist die Kooperationsvereinbarung, die im Jahre 2004 zwischen dem städtischen Jugendamt und den beiden Leipziger Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) geschlossen wurde, um die praktische Zusammenarbeit in Fällen von komplexem Hilfebedarf zu verbessern. Gefragt wird, wie diese Kooperationsvereinbarung in der Praxis „wirkt“, wo Veränderungsbedarf besteht und welche Probleme die beteiligten Institutionen im Umgang mit dieser Klientel haben.

1.1 Ziel und methodischer Ansatz der Untersuchung

Methodisch gründet sich die Untersuchung auf quantitative und qualitative Zugänge (Aktenanalysen, Falldokumentationen sowie Interviews und Gruppendiskussionen). Sie konzentriert sich auf Erfahrungen im Kontext der Stadt Leipzig, geht aber thematisch zugleich darüber hinaus. Denn letztlich wirft die Frage nach besseren Kooperationsmöglichkeiten und Betreuungsformen bei Kindern bzw. Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf eines der drängenden Strukturprobleme moderner Kinder- und Jugendhilfe auf, das auch im Mittelpunkt neuerer gesetzlicher Regelungen zur Reduktion von Kindeswohlgefährdungen und zur pädagogischen Betreuung hochgradig gefährdeter Jugendlicher stand. Wie die Erfahrungen der Praxis zeigen, werden sich diese Probleme nur dann lösen lassen, wenn der Mangel an wechselseitiger Abstimmung im Zusammenwirken der unterschiedlichen Bildungs-, Betreuungs- und Hilfesysteme überwunden und durch eine Praxis der Kooperation ersetzt wird. Dazu gehört, wie dies von den Kinder- und Jugendberichten sowie den Bildungsberichten der letzten Jahre wiederholt angemahnt wurde, auch eine offene Auseinandersetzung über die *Schnittstellen und Übergänge* zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und ihren Nachbarinstitutionen: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schule, Gesundheitssystem, Arbeitswelt, Justiz u.a..

Dass gerade diesen *Querschnittsaufgaben* eines modernen Systems von Bildung, Betreuung und Erziehung durch die Zunahme belasteter, riskanter Lebenslagen von jungen Menschen und Familien eine gesteigerte Bedeutung zukommt, ist seit den Analysen der beiden letzten Kinder- und Jugendberichte (BMFSFJ 2005 und 2009) fachlich unbestritten. Gleichwohl befindet sich die Kooperation der daran beteiligten Systeme und Akteure in der Praxis vielfach noch in einem Stadium des Experimentierens und Planens, das von einer gemeinsamen „Kooperationskultur“, wie sie immer wieder beschworen wird, weit entfernt ist. Aus Sicht der Projektgruppe können lokale bzw. regionale Kooperationsvereinbarungen, die inzwischen an mehreren Orten erprobt werden, in dieser Situation eine wichtige Rolle übernehmen. Indem sie die Notwendigkeit von Kooperation nicht nur programmatisch fordern, sondern in konkrete Verfahrensweisen umsetzen, können sie den erforderlichen Prozess wechselseitiger Abstimmung beschleunigen und die Verbindlichkeit der dabei gefundenen Regelungen erhöhen. Betrachtet man die Beziehungen zwischen Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule als „Dreiecksverhältnis“, so zeigt sich, dass der Umgang mit mehrfach belasteten Jugendlichen in der Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie schon seit längerer Zeit ein zunehmend wichtiges Thema darstellt, während die Verbindungslinien beider Institutionen zum Bereich Schule bislang stets

deutlich schwächer ausgeprägt waren. Ein zentraler Befund des hier beschriebenen Projekts besteht darin, dass auch der Bereich Schule in diese Kooperation verstärkt eingebunden werden sollte – und dass bei den von uns befragten Lehrerinnen und Lehrern dafür auch eine explizite Bereitschaft besteht. Auch die Schulen sollten daher künftig in die bestehende Kooperationsvereinbarung mit aufgenommen werden.

Zu den in der Praxis noch immer kontrovers diskutierten Punkten gehört die Frage, ob und in welchem Umfang bei der Betreuung von Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf auf Formen der geschlossenen Unterbringung zurückgegriffen werden soll. Auf die Einzelheiten dieser Auseinandersetzung soll hier nicht gesondert eingegangen werden. Wichtig erscheint uns aber folgender Hinweis: Auch die Erfahrungen des hier beschriebenen Projekts unterstreichen die besondere Bedeutung, die der *frühzeitigen Aufmerksamkeit* für bestehende bzw. sich anbahnende Fehlentwicklungen bei der Betreuung gefährdeter Jugendlicher zukommt. Der Ruf nach *geschlossenen Einrichtungen*, so hat die einschlägige Fachdiskussion zu diesem Thema wiederholt gezeigt, erweist sich bei genauerem Hinsehen als Ausdruck einer institutionellen Überforderung und Hilflosigkeit, deren Ursachen sich durch systematische Kooperation zumindest reduzieren lassen. In diesem Sinne sehen wir in lokalen bzw. regionalen Kooperationsprojekten zwischen Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule nicht zuletzt einen Beitrag zur Prävention, der die ständige Reproduktion der „Nachfrage“ nach geschlossener Unterbringung und freiheitsentziehenden Maßnahmen dort sichtbar macht, wo ihr durch entsprechende Steuerung noch begegnet werden kann (v. Wolffersdorff 2006 und 2008; Gintzel 2009).

Dem Projektauftrag gemäß beziehen sich die Daten des vorliegenden Berichts vor allem auf die lokalen Bedingungen von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule in Leipzig. Darüber hinaus haben sie aber auch die strukturelle Spannung im Zusammenwirken historisch sehr unterschiedlicher Hilfesysteme im Blick, die sich vor dem Hintergrund wachsender gesellschaftlicher Brüche und Polarisierungen neu zu einander in Beziehung setzen müssen. Auf diese Weise versuchen wir zugleich der Tatsache Rechnung zu tragen, dass das Projekt vom Sächsischen Landesjugendamt unabhängig von seinem lokalen Bezugsrahmen als *Modellprojekt* gefördert wurde.

1.2 Der Projektverlauf im Überblick

Das Landesmodellprojekt dauerte vom 1.11.2007 bis zum 30.9.2009. Da die einzelnen Arbeitsphasen des Projekts im Anhang zu diesem Bericht detailliert beschrieben werden, sollen im Folgenden lediglich die wichtigsten organisatorischen und methodischen Untersuchungsschritte zusammengefasst werden.

Zur Koordination der Projektaufgaben wurde zunächst eine Arbeitsgruppe gegründet, der MitarbeiterInnen des Jugendamts Leipzig sowie der Universität Leipzig angehörten. In einem ersten Schritt wurden mehrere Informationsveranstaltungen mit den Kooperationspartnern des Projekts durchgeführt. Neben den beiden Leipziger Kliniken für

Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP)¹ war dies vor allem die Regionalstelle Leipzig der Sächsischen Bildungsagentur (SBAL). In diesen Veranstaltungen wurde zum einen die Vorgehensweise der Untersuchung erläutert, zum anderen dienten sie bereits der Vorbereitung fallspezifischer Interviews mit KlinikmitarbeiterInnen und Lehrkräften an Schulen. Da es sich bei der Problematik des „komplexen Hilfebedarfs“ um ein Thema von übergreifender gesellschaftlicher und familienpolitischer Bedeutung handelt, wurden auch politische Gremien sowie Fachgremien über das Landesmodellprojekt informiert. Weitere Recherchen galten den in der Stadt Leipzig vorhandenen Hilfenetzwerken, da auch ihre Erfahrungen mit dieser Klientel schließlich in die Handlungsempfehlungen des Projekts einfließen sollten.

Nach den vorbereitenden Arbeiten lag der zweite Schritt der Untersuchung in der Durchführung einer differenzierten Aktenanalyse, für die insgesamt 18 Fälle ausgewählt wurden. Da ein zentrales Ziel der Untersuchung darin bestand, die unterschiedlichen Perspektiven der am Kooperationsprozess beteiligten Institutionen herauszuarbeiten, ging es in dieser Phase des Projekts darum, zu jedem der 18 Fälle (die aus insgesamt 15 Familien stammten) leitfadengestützte Interviews mit MitarbeiterInnen des ASD, der Hilfen zur Erziehung, der Jugendgerichtshilfe, der Kliniken, der Schulen und nicht zuletzt mit den beteiligten Familien selbst durchzuführen (zu den Details vgl. Anhang). Fallspezifische Fragebögen, Gruppendiskussionen sowie eine Reihe von Expertenworkshops ergänzten das methodische Vorgehen der Arbeitsgruppe.

Im Anschluss an den im März 2009 vorgelegten Zwischenbericht konzentrierten sich die Arbeiten der wissenschaftlichen Begleitung darauf, die erhobenen Daten und Informationen gemeinsam mit den Kooperationspartnern des Projekts zu reflektieren, zu gewichten und durch die Erarbeitung exemplarischer Falldarstellungen zu konkretisieren. Weiterhin sollte in dieser Projektphase die Gelegenheit geschaffen werden, die bisherigen Befunde durch zusätzliche Expertenmeinungen zu vervollständigen. Dazu wurde unter anderem ein interdisziplinärer Expertenworkshop mit Personen aus allen beteiligten Institutionen durchgeführt. Neben dem gezielten Austausch über die bisherigen Projektschritte und die Erkenntnisse des Zwischenberichts ging es dabei auch schon um die Diskussion von Handlungsempfehlungen zur Kooperationspraxis, einschließlich notwendiger Modifikationen der bestehenden Kooperationsvereinbarung.

1.3 Prekäre Lebenslagen und gefährdete Sozialisation: Was heißt Komplexer Hilfebedarf?

Was unter der Bezeichnung „komplexer Hilfebedarf“ zu verstehen ist und welcher Stellenwert in diesem Zusammenhang der Kooperationsvereinbarung zukommt, wird in der zwischen Landesjugendamt, Stadtjugendamt und Universität Leipzig abgestimmten Zielsetzung des Projekts wie folgt beschrieben:

¹ Im Interesse der Lesbarkeit dieses Berichts werden statt der korrekten ausführlichen Schreibweise: Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Öfteren die kürzeren Bezeichnungen: Jugendhilfe und Psychiatrie bzw. JH und KJPPP benutzt. Selbstverständlich ist jeweils das gesamte Spektrum der damit angesprochenen Handlungsfelder gemeint.

„Bei Familien und jungen Menschen mit komplexem Hilfebedarf handelt es sich um Fälle, bei denen gleichzeitig Hilfe durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Jugendhilfe, die Schule oder berufliche Ausbildung und häufig auch durch andere Institutionen zu leisten ist. Bei komplexem Hilfebedarf kann die Qualität der Kooperation zwischen den verschiedenen fallbeteiligten Institutionen den Hilfeerfolg oft entscheidend beeinflussen. Um auf eine günstige Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf hinzuwirken, ist eine gelingende Kooperation der fallbeteiligten Institutionen zu fördern. Dazu ist die Kommunikation zwischen den beteiligten Fachkräften weiterzuentwickeln. Die Ergebnisse sollen in Verfahrensstandards einfließen. [...] Zielsetzung dieser Evaluation ist die transparente Darstellung der aktuellen fallbezogenen Erfahrungen und Ergebnisse der Kooperation, insbesondere der Systeme Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Schule und/oder berufliche Ausbildung bei Familien und jungen Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Gleichzeitig soll sie zu einer qualifizierten Kooperation aller Partner beitragen.“

1.3.1 Erschöpfte Familien

Mit der hier beschriebenen Zielsetzung bewegt sich das Projekt in einem Diskussionszusammenhang von großer aktueller Bedeutung. Die neueren Diskussionen über den Umgang mit Kindeswohlgefährdungen sowie die daraus resultierenden Netzwerke für Kinderschutz, Früherkennung und Prävention sind Indizien dafür, dass Fragen der Betreuung von Familien und jungen Menschen in gefährdeten Lebenslagen zu einem zentralen öffentlichen Thema geworden sind. Die persönlichen Probleme, um die es dabei geht, umfassen Erfahrungen von Armut und sozialer Ausgrenzung, psychische Belastungen durch frühe Vernachlässigung und Gewalt ebenso wie Gesundheitsprobleme und Suchtgefährdungen. So weist die kürzlich verabschiedete Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums zur Kinderarmut in Deutschland darauf hin, dass es nicht nur materielle Probleme sind, die das Leben von Kindern und Jugendlichen aus Familien in Armut prägen. Wie neuere Forschungen zeigen, handelt es sich bei Armutslagen vielmehr um biographische Konstellationen komplexer Belastungen, in denen schlechte Wohnbedingungen, ein negatives soziales Umfeld, Langzeitarbeitslosigkeit, erhöhte Krankheitsanfälligkeit, Überschuldung, Bildungsbenachteiligung und Suchtgefährdungen zusammen kommen (BJK 2009, S.6). Je früher solche Risikofaktoren bei Kindern und Jugendlichen eine Rolle spielen und je stärker sie bereits das Leben der eigenen Eltern, Geschwister etc. geprägt haben, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit, dass sich daraus im weiteren Verlauf ein *komplexer Hilfebedarf* im Sinne der o.g. Definition entwickelt. Im Blick auf das sozialpsychologische Modell von Risikofaktoren und Schutzfaktoren fährt die Stellungnahme des BJK fort:

„Auswirkungen für Kinder zeigen sich dann, wenn die faktische Belastung die Bewältigungsressourcen überfordert und die Eltern das Gefühl entwickeln, die Situation nicht mehr beeinflussen zu können („erschöpfte Familien“). Der erlebte Kontrollverlust und die Resignation können sich bei dieser Gruppe dann in problematischen bzw. vernachlässigenden Umgangsformen mit ihren Kindern niederschlagen“ (ebd.).

Erst in der neueren jugend- und familienpolitischen Diskussion zeichnet sich in Bezug auf die hier angesprochenen Ursachen für komplexen Hilfebedarf ein Problemverständnis ab, das die psychologischen, erzieherischen und gesundheitsbezogenen Folgen früher Vernachlässigung als engen Zusammenhang begreift, anstatt sie jeweils nach tradierten Zuständigkeitsbereichen (Jugendhilfe, Gesundheitssystem, Behindertenhilfe etc.)

gesondert zu betrachten und zu behandeln. Mit großem Nachdruck begründet etwa die Sachverständigenkommission des im Frühjahr 2009 erschienenen 13. Kinder- und Jugendberichts die Notwendigkeit, sich bei der Analyse jugendlicher Problemlagen vom bisher dominierenden Ressortdenken zu verabschieden und an den Schnittstellen bzw. Übergängen zwischen den unterschiedlichen Betreuungs- und Hilfesystemen nach neuen Lösungen zu suchen (BMFSFJ 2009, S.29ff.). Die Befunde, auf die sie sich dabei bezieht, sind auch für die Thematik des hier vorgelegten Berichts von erheblicher Relevanz – vor allem dort, wo sie den Zusammenhang zwischen Lebenslagen, Risikofaktoren und biographischen Bewältigungsversuchen hervortreten lassen und die zentrale Frage sozialer Gerechtigkeit berühren. Die zunehmende Polarisierung von Arm und Reich, so wird unter Berufung auf den englischen Gesundheitsforscher Wilkinson argumentiert, verletzt nicht nur ein abstraktes Gerechtigkeitsempfinden im Hinblick auf den materiellen Lebensstandard der Bevölkerungsschichten, sondern führt zu einer Erosion des sozialen Zusammenhalts. Wachsende soziale Ungleichheit bedeutet demnach letztlich auch eine psychische Belastung, die das Wohlbefinden breiter Bevölkerungsschichten beeinträchtigt (aaO., S.49). Im Blick auf Bourdieus Unterscheidung von materiellem, sozialem und kulturellem Kapital wird daraus gefolgert: „Eine in materielle Unterschiede zerfallende Gesellschaft verliert... ihren inneren Zusammenhalt, ihr „soziales Kapital“, ihre Solidaritätsressourcen, die eine entscheidende Voraussetzung für die individuelle Lebensbewältigung darstellen“ (ebd.).

1.3.2 Zunahme psychischer Belastungen

Das Phänomen des komplexen Hilfebedarfs, so zeigen diese einleitenden Überlegungen, hat damit zu tun, dass sich die Klientel von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie im Zuge des gesellschaftlichen Wandels zum Teil massiv verändert hat. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen, die von ihrer Vorgeschichte her schwer belastet sind und unter diagnostizierbaren psychischen Störungen leiden, hat zugenommen, auch wenn exakte Zahlenangaben in diesem Zusammenhang kaum möglich sind. Gleichwohl vermitteln die vom 13. Kinder- und Jugendbericht zusammengetragenen Zahlen zur Prävalenz von Kindern mehrfach belasteter, psychisch, sucht- und körperlich kranker Eltern einen Eindruck von der Größenordnung des Problems. Demnach sind in Deutschland gegenwärtig ca. 1,6 Millionen Minderjährige damit konfrontiert, dass ein oder beide Elternteile unter psychischen Erkrankungen leiden; von vorübergehendem bzw. dauerhaftem Alkoholmissbrauch der Eltern bis hin zur Alkoholabhängigkeit sind 2.65 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren betroffen. Hinzu kommen ca. 50.000 Kinder drogenabhängiger Eltern sowie eine nicht bekannte Zahl von Minderjährigen aus Familien mit stoffunabhängigen Suchtformen (Spielsucht, Internetsucht u.ä.). Mehr als 4% aller Minderjährigen leben diesen Angaben zufolge in Familien, die durch langfristige körperliche Erkrankungen eines Elternteils (in einem Drittel der Fälle Krebserkrankungen) belastet sind. Insgesamt zeigen die Zahlen, dass es sich hier kaum (noch) um ein Randproblem, sondern um eine das Aufwachsen vieler Jugendlicher prägende Normalität handelt.

In ihrem Positionspapier über Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe weisen Fegert, Besier und Goldbeck darauf hin, dass vor allem die Heimerziehung heute mit Jungen und Mädchen konfrontiert wird, deren Leben von kumulierenden Belastungen im Gefolge von Misshandlung, Krankheits- und Suchtproblemen sowie multiplen Beziehungsabbrüchen überschattet wird. „Ungefähr 60% der Kinder und Jugendlichen aus Heimen haben gesicherte Missbrauchs-, Misshandlungs- und/oder Vernachlässigungserfahrungen. Auch diese tragen dazu bei, dass die psychischen Störungen, welche bei Kindern aus der stationären Jugendhilfe diagnostiziert werden, häufig vom Grad der Beeinträchtigung stärker ausgeprägt sind als bei der sonstigen Klientel der KJPPP“ (Fegert u.a. 2008, S.189). Auch dieser Befund unterstreicht die Notwendigkeit, Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Hilfesystemen zu stärken und Aktivitäten im Bereich der Aus- und Weiterbildung zu entwickeln – mit dem Ziel, die unterschiedlichen Kompetenzen der Hilfesysteme zusammenzuführen und dadurch das fatale Hin- und Herschieben von Fällen zu vermeiden. Wie das Positionspapier von Fegert u.a. sieht sich auch der hier vorgelegte Untersuchungsbericht dem Ziel verpflichtet, die bislang schwache bzw. überhaupt nicht vorhandene „Lobby“ für junge Menschen mit multiplen Problembelastungen und komplexem Hilfebedarf zu stärken (aaO., S.191).

Bevor die angesprochenen Befunde zum Problem des komplexen Hilfebedarfs weiter ausdifferenziert und durch Daten aus unserer Erhebung ergänzt werden, soll zunächst auch das zweite Konzept, das bei der Durchführung des Projekts eine zentrale Rolle spielte, einer einführenden Betrachtung unterzogen werden: Kooperation.

1.4 Realität oder Mantra? Das Problem der Kooperation

Keine der Problemlagen, die am Zustandekommen eines „komplexen Hilfebedarfs“ beteiligt sind, kann von den jeweils hauptzuständigen Bildungs-, Betreuungs- und Hilfesystemen im Alleingang bewältigt werden. Auch das zeigen die Befunde der neueren Armuts-, Bildungs- und Jugendberichterstattung in aller Deutlichkeit. Erforderlich ist stattdessen eine Form von wechselseitiger Koordination und Kooperation, wie sie bislang allenfalls auf der Ebene allgemeiner Absichtserklärungen, kaum aber im institutionellen Alltag der Hilfesysteme ihren Platz hatte. In den verschiedensten Handlungsfeldern hat dies inzwischen dazu geführt, dass engagiert über mehr und qualitativ bessere *Kooperation* mit den jeweils angrenzenden Institutionen diskutiert wird. Dies gilt nicht nur für das Verhältnis der Kinder- und Jugendhilfe zur Schule, das im Zuge der neueren bildungspolitischen Diskussion in Bewegung geraten ist (Henschel u.a. 2008), sondern auch für ihre Schnittstellen zur Arbeitswelt, zur Justiz, zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und, wie der kürzlich erschiene 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung nachweist (s.o.), zum Gesundheitswesen sowie zur Gesundheitsförderung.

Deutlich wird aber auch, dass Forderungen nach mehr Kooperation immer wieder der Gefahr unterliegen, in wohlfeiler Rhetorik zu versanden, wenn nicht auch die Widerstände analysiert werden, die ihnen in der Praxis entgegenstehen. Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie haben zwar schon seit längerer Zeit „viel miteinander zu tun“

(Fegert/Schrapper 2004, S.5), aber ihre gemeinsame Vorgeschichte steckt voller Widersprüche, die lange Zeit unbearbeitet blieben. Vor allem die Frage des Umgangs mit den so genannten „Grenzfällen“ zwischen Pädagogik und Psychiatrie spielte im Zusammenwirken der beiden Systeme über Jahrzehnte hinweg eine fatale Rolle (aaO., S.18ff.; v.Wolfersdorff 2007, S.45ff.) und belastete lange Zeit auch die Ansätze zu einem Neuanfang der Kooperationsbeziehungen. Auf der einen Seite wurde der Jugendhilfe von psychiatrischer Seite immer wieder vorgehalten, sie warte viel zu lange ab, bis sie sich mit ihren Problemfällen an die Kinder- und Jugendpsychiatrie wende. Auf der anderen war die Sicht von Sozialarbeitern und Erzieherinnen lange Zeit so nachhaltig von antipsychiatrischem Misstrauen und Stigmatisierungsvorwürfen an die „negierte Institution“ Psychiatrie (Basaglia/Basaglia-Ongaro 1971) geprägt, dass Kooperationsversuche vielfach auch an ideologischen Vorbehalten scheiterten. Erst im Zuge der Reformdiskussionen, die sich in den achtziger und neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelten und auf beiden Seiten eine substantielle Modernisierung der Praxis wie auch der Denkweisen bewirkten, konnte sich daran etwas ändern.

1.4.1 Gemeinsamkeit und Differenz

Nachdem Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie mehr als drei Jahrzehnte lang getrennte Wege gegangen waren, erwies sich der Wunsch nach mehr Kooperation in der Praxis allerdings als anspruchsvoll und schwierig, wie auch in zahlreichen Beiträgen des Handbuchs Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie (Fegert/Schrapper 2004, Teil IV) aufgezeigt wird. „Nicht immer ist Kooperation drin, wenn Kooperation drauf steht“, schreiben Jörg Baur und Georg Kaesehagen-Schwehn in ihrem Beitrag zur Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie (aaO., S.577ff.). Ihre Kritik an den vielen „Mogelpackungen und Sonntagsreden“, die den Diskurs über Kooperation begleiten, folgt zwei Überlegungen, die für ein tiefer gehendes Verständnis der Zusammenhänge und damit auch für die Thematik dieses Berichts zentral sind. Erstens: Wirkungsvolle Kooperation ist an ein komplexes Gefüge von Voraussetzungen gebunden, das weder durch normative Forderungen noch durch bürokratische Anordnungen entstehen kann, sondern „paradoxiertweise häufig erst über kooperative Prozesse entwickelt werden muss“ (aaO, S.577). Zweitens: Wer es ernst meint mit Kooperation, wird zunächst einmal mit Abgrenzungswünschen und -notwendigkeiten konfrontiert, die nicht einfach übersprungen werden können, sondern zur Kenntnis genommen werden müssen. Wer Kooperation anstrebt, muss daher auch über Differenzen reden. „Kooperation bedeutet eben nicht Harmonie, sondern bezeichnet einen durchaus konflikthaften Prozess“ (aaO. S.578). Gerade für das Verhältnis von Jugendhilfe und Psychiatrie erscheint diese Einsicht bedeutsam, weil beide für ihre Arbeit auf das Vertrauen des Klienten angewiesen sind und im Falle des Scheiterns von Hilfeansätzen in besonderer Weise der Gefahr unterliegen, sich wechselseitig die Ineffektivität ihres Handelns vorzuhalten oder Verantwortung an die „andere Seite“ zu delegieren (Jungmann 2004, S.573f.).

Aus den genannten Gründen führt das strukturelle Spannungsverhältnis zwischen den unterschiedlichen Institutionen und Akteuren oft dazu, dass mögliche Ansätze zur Zusammenarbeit zu wenig wahrgenommen werden, dass die Bereitschaft zur Akzeptanz

unterschiedlicher Handlungslogiken und Berufsrollen unterentwickelt bleibt und dass wechselseitige Schuldzuschreibungen unterhalb programmatischer Bekenntnisse zu Kooperation und Koordination fortbestehen. Diese Ambivalenz zeigt sich insbesondere dort, wo es um „schwierige“ Kinder und Jugendliche geht, die im Laufe ihrer Erfahrungen mit institutioneller Betreuung und Erziehung gelernt haben, Personen und Institutionen gegeneinander auszuspielen.

1.4.2 Schule

Wie eingangs bereits hervorgehoben wurde, gehörte es zum Untersuchungsauftrag des Projekts, nicht nur die Kooperationsbeziehungen zwischen Jugendhilfe und KJPPP zu thematisieren, sondern auch die *Schule* in die Betrachtung einzubeziehen. Mit dieser Erweiterung des Blickfeldes sollte der Tatsache Rechnung getragen werden, dass Aussagen zur Frage der Kooperation unterschiedlicher Handlungsfelder angesichts der neueren bildungspolitischen Diskussion unvollständig wären, wenn sie nicht auch die Rolle der Schule im Umgang mit komplexem Hilfebedarf beleuchten und nach ihrem Stellenwert für eine Neubilanzierung systemübergreifender Kooperationsbeziehungen fragen würden. Auch zu diesem Aspekt von Kooperation zunächst einige allgemeine Vorbemerkungen:

Wichtige gesellschafts- und bildungspolitische Aspekte sprechen dafür, dass die von Schule und Jugendhilfe gemeinsam wahrzunehmenden *Querschnittsaufgaben* in den kommenden Jahren an Bedeutung noch zunehmen werden (vgl. Zweiter Sächsischer Kinder- und Jugendbericht, Dresden 2003, Teil III). Sowohl für die Schulentwicklung als auch für die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe bedeutet diese Entwicklung einen Lernprozess, der auf mehreren Ebenen neue pädagogische Ansprüche mit sich bringt. Neben vielfältigen Formen von Unterstützung und Förderung, wie sie heute im Kontext von Schuljugendarbeit und Schulsozialarbeit diskutiert werden (lebensweltbezogene Schülerberatung, Netzwerkarbeit im Gemeinwesen, Berufsorientierung, Mediation, Öffentlichkeitsarbeit u.a.; vgl. Krüger/Stange 2008, S.15) geht es dabei nicht zuletzt auch um die Frage, welchen Beitrag Schule zu einer besseren „Früherkennung“ problematischer Verläufe im Zusammenhang mit Schulabstinz und Schulverweigerung, Gewalt an Schulen und insbesondere bei der Prävention von Kindeswohlgefährdungen leisten könnte.

Während systematische Formen der Zusammenarbeit zwischen Schule und Jugendhilfe lange Zeit Ausnahmecharakter hatten bzw. auf eine kleine Zahl von Modellprojekten beschränkt blieben, beginnt sich das Verhältnis von Regel und Ausnahme in diesem Bereich zu verändern. Immer mehr Schulen praktizieren Ansätze der Schulsozialarbeit bzw. Schuljugendarbeit. Die Zahl von Projekten im Bereich der Schulsozialarbeit hat sich während der letzten ca. sieben Jahre allein in Leipzig ungefähr verdreifacht – ein Trend, der auch in anderen Regionen Sachsens zu beobachten ist. Obwohl die Barrieren auf dem Weg einer allmählichen Annäherung von Jugendhilfe und Schule noch immer beträchtlich sind, wächst auch im Bereich der Schule das Interesse, sich für eine Kooperation über bisherige Systemgrenzen hinweg zu engagieren und dabei auch mit

Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie neue Arbeitsbündnisse einzugehen. Auch aus unseren Interviews geht dies an zahlreichen Stellen hervor. Auffällig ist aber auch, dass in den Aussagen zum Thema Kooperation mit der Schule vielfach ein Schwanken zwischen „Wunsch und Wirklichkeit“ zum Ausdruck kommt, auf den im weiteren Verlauf dieses Berichts noch einzugehen sein wird. Gerade im Blick auf schwierige, aggressive und störende Jugendliche existieren noch immer große Hindernisse, die einer substantiellen Kooperation der Schule mit Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie entgegen stehen und sich vermutlich erst durch langfristig angelegte, von allen Beteiligten getragene Austauschbeziehungen überwinden lassen.

1.4.3 Interdisziplinäre Verantwortung

Die bisher angesprochenen Aspekte zum Thema Kooperation lassen sich wie folgt zusammenfassen: Auch wo die Notwendigkeit einer langfristigen und verlässlichen Zusammenarbeit über die einzelnen Hilfesysteme hinweg auf der programmatischen Ebene als besonders wichtig eingeschätzt wird, entspricht dem nicht immer auch eine konkrete Handlungsmotivation. Welche Gründe dafür ausschlaggebend sein können, war vor einiger Zeit bereits das Thema einer anderen Untersuchung, die von unserer Projektgruppe im Auftrag des Landesjugendamts durchgeführt wurde und sich auf eine sachsenweite Befragung von MitarbeiterInnen der Kinder- und Jugendhilfe stützte (vgl. Hein, Neudert, Rahtjen, v.Wolffersdorff 2007). Da die dort gewonnenen Einschätzungen auch für das Thema des vorliegenden Berichts von Interesse sind, zitieren wir im Folgenden eine einschlägige Passage aus der Zusammenfassung der damaligen Studie. „Betrachtet man die Entwicklung der komplexer werdenden Problemlagen von Kindern und Jugendlichen und der Verknappung von Ressourcen, so wird das Feld interdisziplinärer Formen von Verantwortung weiter zunehmen. Deshalb besteht dringender Bedarf an Aufklärung und Sensibilisierung für die Wichtigkeit und Effektivität von Kooperationsvereinbarungen.

Teilweise gibt es auch Vorbehalte bzw. besteht ein ambivalentes Verhältnis in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen. In der Beziehung zur KJPPP zeigten die Befragten Interesse an einer Zusammenarbeit, aber auch Bedenken und Unsicherheiten. Der erhöhte Bedarf an Begleitung und Betreuung nicht nur im Leistungsbereich der §§27ff. SGB VIII, sondern auch in der Jugendarbeit, macht eine verbesserte Zusammenarbeit von KJPPP und Jugendarbeit notwendig. Obwohl die Notwendigkeit einer intensivierten Kooperation von Jugendhilfe und Schule in der Fachdiskussion nicht mehr strittig ist und auch aus den Interviews hervorging, dass sich die Einrichtungen angenähert haben, ist hier immer noch viel Entwicklungs- und Unterstützungsarbeit nötig. Darüber hinaus bestätigt sich in dieser Studie in vielerlei Hinsicht, dass professionelle Kooperationsbeziehungen in der sozialpädagogischen Praxis durch Kompetenzstreitigkeiten, Konkurrenzdenken, den Mangel an kontinuierlichen Ansprechpartnern, fehlendes „Schnittstellenmanagement“, unklare Absprachen sowie fehlende Informationen und Unsicherheiten zu Regelungen des Datenschutzes behindert werden“ (aaO., S.145f.).

Erfahrungen aus den verschiedenen Praxisbereichen der Sozialen Arbeit (Straffälligenhilfe, Krisenintervention und Beratung, Arbeit mit Migranten, Jugendberufshilfe usw.) belegen zudem, dass die Implementierung effektiver und tragfähiger Kooperationsbeziehungen an eine Reihe von Voraussetzungen gebunden ist, die auch in den nachfolgenden Kapiteln dieses Berichts immer wieder zur Sprache kommen werden: Kenntnis der „anderen Seite“, Wertschätzung und Vertrauen. Neben dem Abbau über die Jahre gewachsener (zum Teil auch mit Bedacht gepflegter) Vorurteile und Blockadehaltungen geht es heute darum, im Zusammenwirken von Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie und Schule Zuständigkeiten zu klären, Misstrauen abzubauen und vor allem: Handlungsrouninen zu entwickeln. Wie weit diese Zielsetzung bei der Betreuung junger Menschen mit komplexem Hilfebedarf in Leipzig inzwischen umgesetzt worden ist, ist Gegenstand der im Folgenden beschriebenen Untersuchung.

2. Projektorganisation und Erhebungsdesign

Die wissenschaftliche Begleitung des hier beschriebenen Projektes bezieht sich vor allem auf die Untersuchung von Einzelfällen. Laut Konzeption sollen aus den Ergebnissen dieser Einzelfallanalyse des laufenden Hilfeplanprozesses Ableitungen für die Weiterentwicklung auf Fallsteuerungsebene und für die fallübergreifende weitere Qualifizierung der Kooperationsnetzwerke getroffen werden. Auf Grundlage der verabredeten und unten noch einmal detailliert beschriebenen Untersuchungsschritte konzentrierte sich die wissenschaftliche Begleitung auf die ausführliche Analyse ausgewählter Akten des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) und der Jugendgerichtshilfe (JGH) des Leipziger Jugendamtes sowie auf problemzentrierte Interviews und Gruppengespräche mit den an den Einzelfällen beteiligten Personen. Das Projekt entwickelte sich in folgenden Arbeitsphasen:

Phase 1 (November/Dezember 2007)

In einer vorbereitenden Phase des Forschungsprozesses lagen die Schwerpunkte auf einer Informationssammlung – zum einen in Form von Literaturrecherchen, zum anderen anhand von Gesprächen mit ausgewählten Experten. Ziel war es hier, einen Überblick über die in Leipzig bestehenden Helfernetzwerke zu erlangen, die sich mit Kindern und Jugendlichen in komplexen Problemlagen auseinandersetzen und dadurch Informationen über vorhandene Kooperationszusammenhänge zu gewinnen. Des Weiteren fand eine erste Auseinandersetzung mit der zwischen dem Leipziger Jugendamt und den Leipziger Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) des Park-Krankenhauses Leipzig-Südost GmbH und der Universität Leipzig geschlossenen Kooperationsvereinbarung statt. Dabei wurden alle bisherigen Kooperationsvereinbarungen und die aktuelle Fassung herangezogen. Auf diesem Wege konnte der Ablauf der Untersuchung weiter präzisiert werden.

Phase 2 (Januar – Mai 2008)

In einem zweiten Schritt wurden die Untersuchungsabschnitte geplant und die Erhebungsinstrumente festgelegt. In dieser Phase des Projekts betraf dies vor allem die Methode der Dokumentenanalyse. Anhand der durch das Jugendamt zugewiesenen Fälle fand eine erste Datenerhebung anhand der entwickelten Analysemaske (s. Anhang) statt. Mit Hilfe dieser Akten konnten die jeweiligen Fallbeteiligten aus den Fachgebieten des Jugendamtes (ASD), der KJPPP, der Schule und der Leistungserbringer für Hilfen zur Erziehung (HzE) identifiziert werden, die im weiteren Verlauf befragt werden sollten. Zugleich wurden die aus der Dokumentenanalyse gewonnenen Erkenntnisse bereits dazu genutzt, das Erhebungsinstrument für die nachfolgende qualitative Datenerhebung zu entwickeln.

Phase 3 (Juni – November 2008)

Die Interviewleitfäden (s. Anhang) für die Befragungen wurden überarbeitet und präzisiert. Der Schwerpunkt in dieser Phase lag auf der Datenerhebung und Protokollierung der

durchgeführten Interviews. Befragt wurden sowohl die Mitarbeiter des Jugendamtes, der beiden Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch die beteiligten Lehrer und Schulsozialarbeiter. Ziel dieser Befragung war es vor allem, die aus der Aktenanalyse gewonnenen Erkenntnisse noch einmal auf die unterschiedlichen Fallperspektiven zu beziehen und dadurch zu verdichten. Die Gespräche mit den Fachkräften fanden überwiegend in den Einrichtungen der zu befragenden Mitarbeiter statt. Eltern und Jugendliche konnten in der Regel in ihrem privaten Wohnraum interviewt werden.

Für die jeweiligen fallbeteiligten Fachkräfte aus dem Bereich der Hilfen zur Erziehung wurde auf Einzelinterviews verzichtet und eine Gruppendiskussion mit strukturiertem Leitfaden (s. Anhang) angestrebt. Aufgrund von Datenschutzbestimmungen konzentrierte sich die Diskussionsrunde auf fallübergreifende Kooperationszusammenhänge. Im Vorfeld erhielten die beteiligten Mitarbeiter fallspezifische Fragebögen (s. Anhang).

Phase 4 (Dezember 2008)

Im Dezember 2008 wurden die im Zuge der Dokumentenanalyse und der bereichsspezifischen qualitativen Befragungen erhobenen Daten transkribiert, geordnet und für einen ersten Zwischenstand ausgewertet. Auf diese Weise konnten erste richtungweisende Tendenzen festgestellt und mit den beteiligten Institutionen (Jugendamt, KJPPP und SBAL) diskutiert werden. Dies bildete die Grundlage für den im März veröffentlichten Zwischenbericht.

Phase 5 (Januar 2009)

Die Datenauswertung wurde anhand der noch näher zu beschreibenden Kriterien fortgesetzt (s.u.). Insbesondere wurde dabei versucht, Erkenntnisse über grundlegenden Handlungsbedarf im Verhältnis der beteiligten Institutionen/Personen zu gewinnen.

Phase 6 (Februar – Mai 2009)

In dieser Phase wurden die vorhandenen Fallakten nochmals einer Analyse unterzogen. Weitere Fälle der Jugendgerichtshilfe wurden untersucht. Parallel dazu wurde die Datenauswertung fortgesetzt. Dabei war es von besonderem Interesse, die Fälle zu betrachten, die sich bis dato noch in der Psychiatrie aufhielten oder bei denen sich ein weiterer Aufenthalt abzeichnete.

Phase 7 (Juni – September 2009)

Die Datenauswertung wurde abgeschlossen. Die Ergebnisse wurden für die Konzeption des Schlussberichts sowie für die abschließende Fachtagung aufbereitet.²

² Eine chronologische Aufführung der Arbeitsschritte der wissenschaftlichen Begleitung kann im Anhang nachgelesen werden

2.1 Schwerpunkte und Aufbau der Untersuchung

Laut Projektkonzeption bezieht sich der Forschungsansatz speziell auf die Institutionen Jugendhilfe (ASD/JGH und Leistungsanbieter im Einzelfall nach SGB VIII), Schule sowie die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die Hilfen für Familien und junge Menschen mit komplexem Hilfebedarf anbieten. Dabei gilt es zu evaluieren, in welchen Kooperationszusammenhängen die einzelnen Institutionen agieren und wie sie ihre Hilfe in solchen Fällen möglichst gut aufeinander abstimmen können. Insbesondere sollen daraus auf der Fallsteuerungsebene Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung laufender Fälle sowie für die fallübergreifende Qualifikation der Kooperationsnetzwerke gezogen werden. Dazu sind folgende Erkenntnisse anhand der Evaluation ausschlaggebend:

- Erkenntnisse über gelungene Kooperation und deren Bedingungen,
- Erkenntnisse über Kooperationsdefizite und deren Ursachen,
- Ableitung von erfolgreicher Kooperation im Einzelfall auf die Fallsteuerungsebene sowie
- Handlungsempfehlungen zur Effektivierung von Kooperationsgrundlagen zwischen Jugendamt, KJPPP, Schulen und Leistungsanbietern der HzE unter Berücksichtigung der bestehenden Kooperationsvereinbarung.

Die Schwerpunkte der Einzelfalluntersuchung liegen auf der Analyse der vorgegebenen Fallakten des ASD sowie auf der Befragung der ausgewählten Fallbeteiligten. Zum anderen enthält die wissenschaftliche Begleitung ein Element von Handlungsforschung: Aus der Untersuchung konkreter Praxisprobleme, die sich bei der qualifizierten Betreuung von Familien und jungen Menschen mit komplexem Hilfebedarf und bei der Kooperation der beteiligten Partner ergeben, sollen in einem möglichst „diskursiven“ Verfahren (d.h. unter Einbeziehung von Praktikern, Forschern und Fallbeteiligten) Handlungsempfehlungen gewonnen werden, die bei der sozialpädagogischen Betreuung dieser Familien praxisnah umgesetzt werden können. Dabei wurden die Erfahrungen zu den Effektivitätskriterien des Meißener Modellprojektes (SMS 2007)³ berücksichtigt. Besonderer Wert wurde auf die Aspekte: Transparenz, Wertschätzung, Verbindlichkeit, gemeinsames Fallverständnis, fallbezogene Leistungszuständigkeiten, gegenseitige Information und wechselseitiger fallübergreifender Austausch (Weiterbildung etc.) gelegt, die sich in den Fragestellungen der Erhebungsverfahren wieder finden.

2.2 Erhebungsdesign

a) Dokumenten-/Aktenanalyse

Die Analyse von Dokumenten ermöglicht es, die jeweilige Fallentwicklung zu beurteilen und insbesondere zu klären, welche Kommunikations- und Kooperationsprozesse im Sinne der bestehenden Kooperationsvereinbarung zwischen dem Leipziger Jugendamt und den Leipziger Kliniken für KJPPP dabei eine Rolle spielten. Weiterhin ist es auf diesem Wege möglich, Fallbeteiligte zu identifizieren, die in der weiteren Datenerhebung

³ Originaltitel: „Entwicklung effektiver Organisationsformen zur interdisziplinären Hilfeplanung, Entwicklung und Begleitung von Angeboten zwischen Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule“.

näher betrachtet werden. Die vorliegenden Fallakten des ASD wurden bezüglich der Kommunikationswege zwischen den beteiligten Partnern analysiert. Es erfolgte eine Interpretation der Dokumente im Sinne der Fragestellungen (s. Anhang) anhand einer erarbeiteten Analysemaske zum Fall. Die Analysemaske (s. Anhang) ist in folgende Kategorien unterteilt:

- Fallverlauf vor jeweiligen Maßnahmen der KJPPP
- Fallverlauf während jeweiliger Maßnahmen der KJPPP
- Fallverlauf nach jeweiligen Maßnahmen der KJPPP

- Einbeziehung von Schule vor jeweiligen Maßnahmen der KJPPP
- Einbeziehung von Schule während jeweiliger Maßnahmen der KJPPP
- Einbeziehung von Schule nach jeweiligen Maßnahmen der KJPPP

Dabei wurde ebenfalls die Umsetzung der bestehenden Kooperationsvereinbarung zwischen den Kliniken der KJPPP Leipzigs und dem Jugendamt Leipzig untersucht. Des Weiteren war die Identifikation der Fallbeteiligten Bestandteil der Analyse. Die Benennung der jeweiligen Fallbeteiligten war Voraussetzung für den zweiten Erhebungsschritt – die Durchführung von Interviews.

Die Erhebung von Dokumentendaten unterliegt weniger Fehlerquellen, da das Material bereits vorhanden ist (vgl. Mayring, 2002). Trotzdem ist zu beachten, dass bei der Auswahl der Familien zum einen die Subjektivität des jeweiligen ASD bzw. der JGH und zum anderen die notwendige Einwilligung und Bereitschaft der ausgewählten Familien zur Teilnahme am Landesmodellprojekt eine Rolle spielt und damit möglicherweise einen Einfluss auf die Ergebnisse hat.

Die vorliegenden Fallakten sind als Belege für die o. g. Analyse der Fragestellungen nur eingeschränkt verwendbar, da die dort verfassten Dokumentationen die Kooperationszusammenhänge nur teilweise abbilden – es besteht beispielsweise die Möglichkeit, dass Kooperationsprozesse stattfinden, die so in der Dokumentation nicht wieder zu finden sind. Deshalb sollen die erhobenen Daten später durch Interviews ergänzt werden.

b) persönliche Befragung

Das Erhebungsverfahren der persönlichen Befragung dient der Ermittlung von Expertenwissen: der Gewinnung von umfangreichen und aussagekräftigen Informationen zu Erfahrungen der jeweiligen Fallbeteiligten in der Zusammenarbeit mit ihren Partnern – im Einzelfall und fallübergreifend. Die bereits anhand der Aktenanalyse gewonnenen Daten fließen in die Befragung ein und werden spezifiziert. Gewählt wurde dafür das Verfahren des problemzentrierten Interviews – eine halbstrukturierte Befragung, zentriert auf bestimmte Problemstellungen der Zusammenarbeit verschiedener Kooperationspartner. Das hier gewählte Verfahren ermöglichte eine weitgehende Offenheit bezüglich der Fragen und Antworten, sicherte aber eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Der Interviewleitfaden (s. Anhang) orientierte sich an den Fragestellungen der Untersuchungsschwerpunkte und beinhaltet eine Reihe thematischer Fragen, die wie folgende Abbildung zeigt, in einzelne Komplexe und Kategorien gegliedert sind:

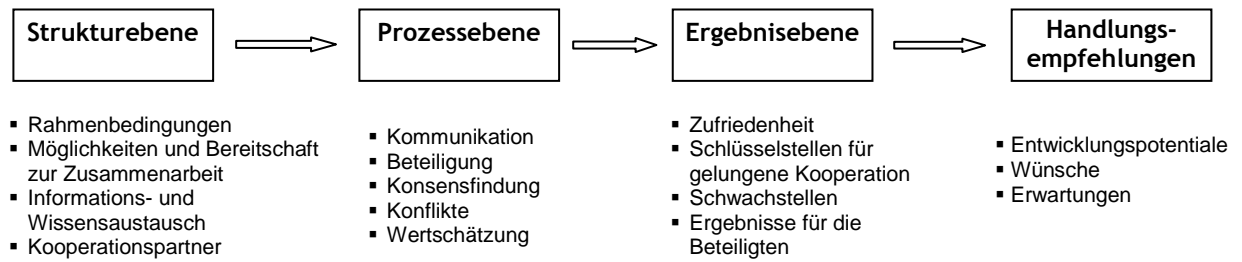


Abb. 1: Untersuchungsebenen

Es handelt sich um eine Befragung zu allgemeinen Sachverhalten von Kooperation auf der Strukturebene sowie zur Zusammenarbeit im speziellen Fall auf der Prozess- und Ergebnisebene. Die Fragen sind der jeweiligen Interviewsituation sowie dem Interviewpartner angepasst und dementsprechend offen gestaltet. Ihre Reihenfolge ist nicht konkret festgelegt – der Interviewleitfaden stellt in diesem Sinne eine Richtlinie dar. Der Aufbau des Befragungsprozesses ist offen für eine unerwartete Antwortreaktion der Interviewten sowie für neue Gesichtspunkte, die sich aus dem Gesprächsverlauf ergeben. Dieses wurde spezifisch bei den Fallbeteiligten aus den Untersuchungsbereichen Allgemeiner Sozialdienst, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schule und Familie angewandt, so dass sich folgende Aufteilung ergibt:

	Interviewpartner	Anmerkungen
ASD (Fallakteninhaber)	13	befragt zu 2 Fällen: 2 ASD-Mitarbeiter (MA) befragt zu Geschwisterfällen: 3 ASD MA
JGH (Fallakteninhaber)	2	1 Interview mit 2 Fallbeteiligten durchgeführt
KJPPP (fallbeteiligte Ärzte/Therapeuten/ Sozialarbeiter)	12	Interviews im PKH: 9 Interviews in UK: 3 (1 Interview mit 2 Fallbeteiligten durchgeführt) nicht stattgefunden Interviews aufgrund: • nicht erreicht: 1 FB • unbekannter Verbleib: 2 FB • fehlende Einwilligung der PSB: 5 Fälle
Schule/Vorschulbereich (fallbeteiligte Klassenlehrer, Schulsozialarbeiter, Leitungsebene und Erzieher aus Kita-Bereich)	6	aus Bereich Schule für Erziehungshilfe: 2 (3 MA, davon 2 MA aus Grundschulbereich) aus Bereich Lernförderschule: 2 (3 MA) aus Mittelschulbereich: 1 (1 MA) aus Kita-Bereich: 1 (2 MA) nicht stattgefunden Interviews aufgrund: • Unterbringung außerhalb: 3 Fälle • fehlende Einwilligung der PSB: 5 Fälle • fehlende Bereitschaft/Erreichbarkeit: 4 FB
Familie (fallbeteiligte Personensorgeberechtigte [PSB] und/oder Kinder)	9	1 Interview stattgefunden mit Beteiligung des Kindes nicht stattgefunden Interviews: • fehlende Einwilligung seitens PSB: 4 Familien • fehlende Bereitschaft/Erreichbarkeit: 2 Familien
Gesamt	42	

Tabelle 1: Anzahl und Verteilung der Interviews

c) fallübergreifende Gruppendiskussion und fallbezogener Fragebogen

Im Bereich der Hilfen zur Erziehung wurde das Erhebungsverfahren der Gruppendiskussion gewählt, um von den entstehenden Synergieeffekten zu profitieren. Ziel des gemeinsamen Dialoges ist es, Kooperationszusammenhänge zu diskutieren und Anregungen für die Praxis und den weiteren Forschungsprozess zu entwickeln. Aufgrund der Datenschutzbestimmungen richteten sich die Fragestellungen der Diskussion auf die fallübergreifende Zusammenarbeit. Das Expertengespräch gliederte sich in folgende Themenkomplexe:

- Entwicklungen und Veränderungen der Zielgruppen sowie Schlussfolgerungen aus diesen Erkenntnissen für die Kooperation,
- die institutionelle Zusammenarbeit und deren Rahmenbedingungen,
- Kooperationsprozesse – Möglichkeiten und Grenzen sowie der Nutzen von Kooperationsvereinbarungen,
- Einbindung des spezifischen Kooperationspartners Schule,
- Perspektiven und notwendige Veränderungen.

Die Themenschwerpunkte bildeten jeweils die Grundlage für die freie Diskussion, die durch den Diskussionsleiter (angepasst an die jeweilige thematische Gesprächsrunde) erweitert und vertieft wurde. Dem vorgeschaltet war ein fallbezogener standardisierter Fragebogen für die identifizierten fallbeteiligten Untersuchungspartner aus dem Bereich der Hilfen zur Erziehung. Dieser ist an den fallspezifischen Fragestellungen bezüglich der Prozess- und Ergebnisebene orientiert. Insgesamt ergibt sich folgende Verteilung für die Beteiligung aus dem Bereich der Leistungsanbieter für Hilfen zur Erziehung:

	Teilnahme an Gruppendiskussion		Fallbezogener Fragebogen	Anmerkungen
	Einrichtungen/ Projekte	Teilnehmer		
stationäre HzE	5 (WG [3], TWG [2])	7 (WG [5], TWG [2])	6 (WG [5]), TWG [1])	fehlend: <ul style="list-style-type: none"> • keine laufende HzE zum untersuchten Psychatrieaufenthalt: 3 Fälle • unbekannter Verbleib: 1 FB • kein Fragebogen aufgrund fehlender Einwilligung der PSB: 4 Fälle • keine TN an Gruppendiskussion: 2 Fälle
teilstationäre HzE	1 (TG)	2 (TG)		
ambulante HzE	3 (AFT [2], SPFH [1])	4 (AFT [3], SPFH [1])	2 (SPFH [1], Erz.beistand [1])	
Gesamt	9	13	8	

Tabelle 2: Beteiligung aus dem Bereich der Leistungsanbieter für Hilfen zur Erziehung

3. Um wen geht es? – Die Kinder und Jugendlichen im statistischen Überblick

Die Gruppe der untersuchten Fälle mit komplexem Hilfebedarf bestand in der ersten Forschungsphase des Projektes aus 18 Kindern und Jugendlichen in der Fallzuständigkeit des Allgemeinen Sozialen Dienstes. Diese kommen aufgrund von drei Geschwisterkonstellationen aus 15 verschiedenen Familien. Die Stichprobe wurde in der zweiten Forschungsphase um zwei Jugendliche in der Fallzuständigkeit der Jugendgerichtshilfe erweitert. Damit umfasst die Gruppe der untersuchten Kinder und Jugendlichen insgesamt 20 Fälle aus 17 Familien. Der statistische Überblick soll jedoch lediglich einen Einblick in die Gruppe der untersuchten Kinder und Jugendlichen geben, denn die Stichprobenauswahl kann aufgrund der geringen Größe nicht als repräsentativ für die gesamte Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf angesehen werden.

3.1 Geschlechterverhältnis

Beim Blick auf das Geschlechterverhältnis in der untersuchten Stichprobe zeigt sich ein eindeutiges Übergewicht von Jungen mit komplexem Hilfebedarf. So sind drei Viertel der Kinder und Jugendlichen männlich ($N = 15$), während lediglich ein Viertel der Gruppe Mädchen sind ($N = 5$).

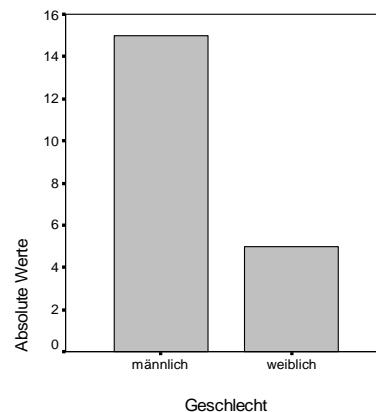


Abb. 2: Geschlechterverhältnis

3.2 Altersstruktur

Die untersuchten Kinder und Jugendlichen waren im Alter zwischen acht und 19 Jahren und wiesen somit ein großes Altersspektrum auf. Der Modalwert lag beim Alter von 15 Jahren, was insgesamt sechs Mal erreicht wurde. Das arithmetische Mittel betrug dagegen 14 Jahre ($\bar{x} = 14,00$). Innerhalb der Stichprobe zählen mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen zur Altersgruppe "15 Jahre und älter" ($N = 12$), während die jüngeren Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren ($N = 8$) relativ gleichmäßig zwischen acht und 14 Jahren verteilt sind.

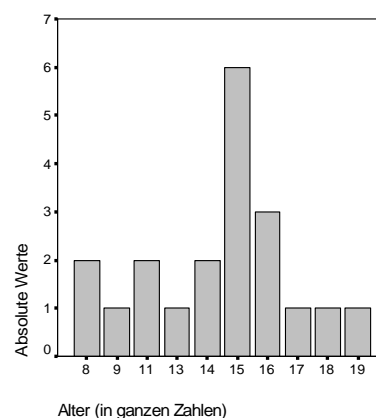


Abb. 3: Altersstruktur

Gliedert man die Altersstruktur bezüglich Jungen und Mädchen auf, so kann man erste große Unterschiede zwischen den Geschlechtergruppen erkennen, wie auch aus den Abbildungen drei und vier hervorgeht. In der Gruppe der Jungen wird deutlich, dass der Schwerpunkt zwar im Alter von 16 Jahren liegt, zugleich verteilt sich jedoch die Stichprobe relativ gleichmäßig zwischen dem Alter von acht und 19 Jahren. Dagegen setzt sich die Gruppe der Mädchen lediglich aus Jugendlichen im Alter von 15 (N = 4) und 17 (N = 1) Jahren zusammen, allerdings mit klarer Dominanz der 15-jährigen Mädchen.

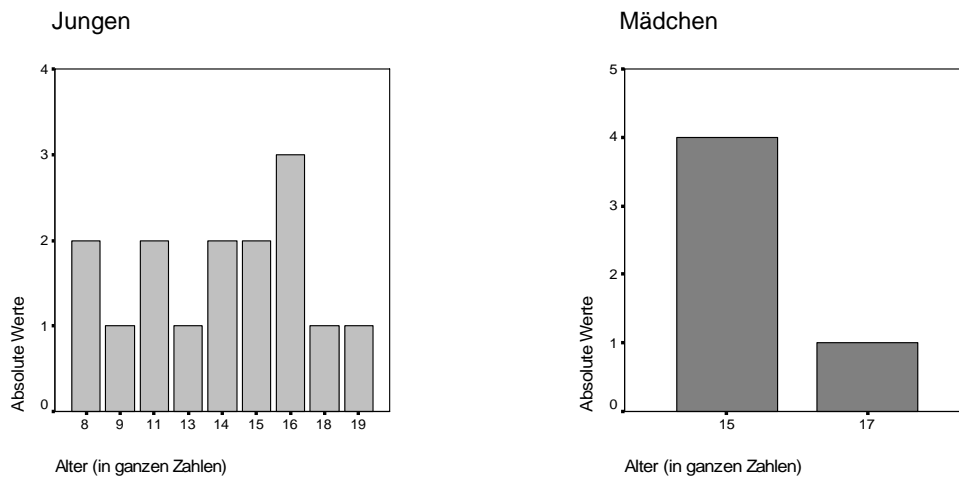


Abb. 4 & Abb. 5: Altersverteilung im Geschlechtervergleich

3.3 Fallstart innerhalb der Jugendhilfe

Bezüglich des Fallstartalters gibt es innerhalb der Stichprobe eine große Spannweite. Das Alter, in dem die untersuchten Kinder und Jugendlichen die erste Jugendhilfemaßnahme in Anspruch nahmen, reicht vom ersten bis hin zum 16. Lebensjahr. Dabei kommt es, wie in Abbildung fünf gezeigt wird, innerhalb der Stichprobe im Alter von sieben Jahren zu einem großen Einschnitt, sodass sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Jugendhilfemaßnahmen von 20 auf 40 % der Stichprobe verdoppelt. Dies wird außerdem in Tabelle drei durch eine Hervorhebung markiert.

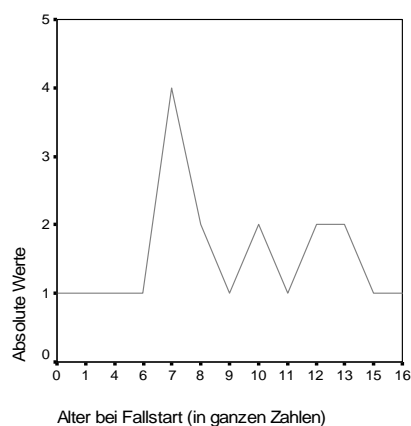


Abb. 6: Fallstartalter in Jahren

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 0	1	5,0	5,0	5,0
1	1	5,0	5,0	10,0
4	1	5,0	5,0	15,0
6	1	5,0	5,0	20,0
7	4	20,0	20,0	40,0
8	2	10,0	10,0	50,0
9	1	5,0	5,0	55,0
10	2	10,0	10,0	65,0
11	1	5,0	5,0	70,0
12	2	10,0	10,0	80,0
13	2	10,0	10,0	90,0
15	1	5,0	5,0	95,0
16	1	5,0	5,0	100,0
Gesamt	20	100,0	100,0	

Tabelle 3: Fallstartalter in Jahren

Diese Aussage muss allerdings abgeschwächt werden, denn auch hier treten starke Differenzen zwischen den Geschlechtern auf. So fällt auf, dass fast die Hälfte der Jungen bereits im Alter bis sieben Jahre und dann bereits drei Viertel im Alter bis zehn Jahre Jugendhilfemaßnahmen in Anspruch nehmen. Bei den Mädchen der Stichprobe dagegen beginnt die Betreuung (mit Ausnahme eines Falles, in dem das Kind kurz nach seiner Geburt in einer Pflegefamilie untergebracht wurde) generell erst ab einem Alter von zehn Jahren, d.h. in einem Alter, in dem sich bereits weit über die Hälfte der Jungen im Jugendhilfesystem „etabliert“ hat. Dies soll durch die folgenden Tabellen vier und fünf nochmals verdeutlicht werden.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 1	1	6,7	6,7	6,7
4	1	6,7	6,7	13,3
6	1	6,7	6,7	20,0
7	4	26,7	26,7	46,7
8	2	13,3	13,3	60,0
9	1	6,7	6,7	66,7
10	1	6,7	6,7	73,3
11	1	6,7	6,7	80,0
13	1	6,7	6,7	86,7
15	1	6,7	6,7	93,3
16	1	6,7	6,7	100,0
Gesamt	15	100,0	100,0	

Tabelle 4: Fallstartalter Jungen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 0	1	20,0	20,0	20,0
10	1	20,0	20,0	40,0
12	2	40,0	40,0	80,0
13	1	20,0	20,0	100,0
Gesamt	5	100,0	100,0	

Tabelle 5: Fallstartalter Mädchen

3.4 Anzahl und Art der in Anspruch genommenen Jugendhilfemaßnahmen

Bezüglich der Anzahl der beanspruchten Jugendhilfemaßnahmen kann für die gesamte Stichprobe, unabhängig von Alter und Geschlecht, ausgesagt werden, dass im Mittel bis zum Untersuchungszeitpunkt bereits etwa fünf Jugendhilfemaßnahmen genehmigt wurden ($\bar{x} = 4,95$; $D = 5$). Dabei liegt jedoch eine große Streuung vor. Die Spanne der genehmigten Maßnahmen reicht von einer einzelnen bis hin zu 13 erzieherischen Hilfen.

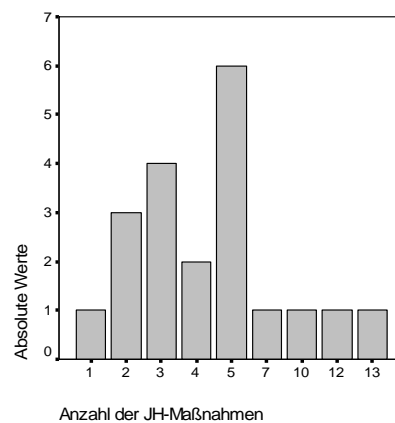


Abb. 7: Anzahl der Jugendhilfemaßnahmen

Nach dem Geschlecht unterschieden, wird erneut deutlich, dass sich die männlichen Kinder und Jugendlichen von den weiblichen abheben. So variieren die beanspruchten Hilfen bei den Jungen zwischen dem Minimalwert von einer Hilfe und dem Maximalwert von 13 erzieherischen Hilfen, während bei den Mädchen nur zwischen drei und fünf Jugendhilfemaßnahmen beansprucht wurden. Dies geht aus den folgenden Grafiken hervor.

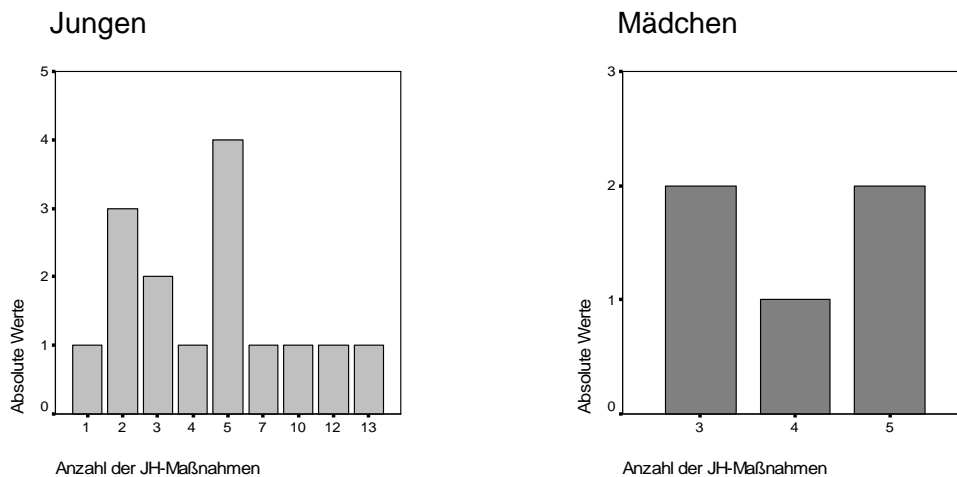


Abb. 8 & Abb. 9: Anzahl der Jugendhilfemaßnahmen im Geschlechtervergleich

Insgesamt wurden stationäre Maßnahmen der Jugendhilfe am häufigsten genutzt ($\bar{x} = 2,90$), gefolgt von ambulanten Angeboten ($\bar{x} = 1,75$). Teilstationäre Hilfen blieben dagegen nahezu ungenutzt, so haben lediglich zwei Kinder ein teilstationäres Angebot in Anspruch genommen. Der Anteil der beanspruchten Angebote ist im Mittel außerdem bei den männlichen Kindern und Jugendlichen in allen Leistungsbereichen der Jugendhilfe (ambulant, teilstationär, stationär) etwas höher als bei den weiblichen.

Des Weiteren werden die verschiedenen Hilfebereiche unterschiedlich lang in Anspruch genommen. So wurden stationäre Angebote durchschnittlich zwei Jahre und zehn Monate ($\bar{x} = 34,15$ Monate), ambulante hingegen nur ein Jahr und sieben Monate ($\bar{x} = 19,09$ Monate) lang genutzt. Teilstationäre Maßnahmen wurden lediglich von Jungen beansprucht, und zwar mit einer durchschnittlichen Dauer von zehn Monaten ($\bar{x} = 10,00$ Monate).

Nach Geschlechtern getrennt, ergeben sich bei der Dauer der ambulanten und stationären Hilfen wiederum erhebliche Unterschiede. So nutzten die männlichen Kinder und Jugendlichen die ambulanten Angebote durchschnittlich fast doppelt so lang wie die weiblichen (\bar{x} : männlich = 20,89 Monate, weiblich = 11,33 Monate). Im Bereich der stationären erzieherischen Maßnahmen ergibt sich dagegen zunächst ein Ungleichgewicht zugunsten der Mädchen. So liegt in dieser Geschlechtergruppe die durchschnittliche Verweildauer in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung bei knapp vier Jahren ($\bar{x} = 46,00$ Monate), während die Jungen im Mittel lediglich 2,5 Jahre ($\bar{x} = 29,21$ Monate) stationäre Angebote beanspruchten. Der hohe Wert innerhalb der weiblichen Teilstichprobe scheint zunächst überraschend, erklärt sich jedoch durch den Sonderfall eines Mädchens, das seit ihrer Geburt bereits 15 Jahre in einer Pflegefamilie lebt. Dementsprechend ist die Streuung um den Mittelwert in der Gruppe der Mädchen sehr hoch ($s = 73,58$ Monate). Wenn dieser "Ausreißer" nicht berücksichtigt wird, ergibt sich für die verbleibende Mädchengruppe lediglich eine mittlere Dauer von etwas mehr als einem Jahr ($\bar{x} = 13,5$ Monate). Damit liegen die Mädchen wiederum mit einem geringeren Mittelwert klar hinter den Jungen.

Zum Zeitpunkt der zweiten Aktenaufnahme befanden sich 85% der untersuchten Kinder und Jugendlichen in einer Jugendhilfemaßnahme (N = 17), lediglich drei Kinder und Jugendliche waren zu diesem Termin nicht in Jugendhilfemaßnahmen involviert. Dabei war über die Hälfte der Stichprobe (N = 12) außerhalb Leipzigs bzw. Sachsens in verschiedenen Teilen des Bundesgebietes (z.B. Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt) untergebracht. Nur ein kleiner Teil der Kinder und Jugendlichen nahm dagegen die Hilfe zur Erziehung innerhalb Leipzigs in Anspruch (N = 5).

Zu den beanspruchten erzieherischen Hilfen zählen vor allem stationäre Maßnahmen entsprechend § 34 SGB VIII, welche von mehr als der Hälfte der Kinder und Jugendlichen beansprucht werden (N = 12). Dabei handelt es sich vor allem um therapeutische Wohngemeinschaften (N = 9) mit unterschiedlichen speziellen Profilen (z.B. suchtspezifisch, heilpädagogisch, etc.), aber auch um „klassische“ Kinderheime (N = 3). Wenn man nun die Zahl der Auswärtsunterbringungen und die der stationär betreuten Kinder und Jugendlichen gegenüberstellt, fällt auf, dass alle stationär betreuten Klienten außerhalb Leipzigs untergebracht sind.

Außerdem werden ambulante Hilfeformen genutzt. Hier ist beispielsweise der Erziehungsbeistand (N = 2) oder die sozialpädagogische Familienhilfe (N = 1) zu nennen. Deutlich wird zudem, dass mit zunehmendem Alter der Kinder der Anteil von ambulanten Hilfen ab- und jener der stationären Hilfen zunimmt.

3.5 Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Als Behandlungen werden im folgenden Aufenthalte in den Fachkliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie gewertet. Dabei wurde jede Aufnahme in der Klinik, unabhängig von der Dauer einer Unterbrechung, als separate Behandlung gezählt.

Innerhalb der untersuchten Stichprobe haben die Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Aktenaufnahme durchschnittlich vier Behandlungen pro Person, ungeachtet der Form (stationär, teilstationär, ambulant) und des Geschlechts, in Anspruch genommen ($\bar{x} = 4,30$). Dieser Wert muss jedoch relativiert werden, da das Spektrum der jeweils beanspruchten Anzahl von Maßnahmen von einer bis hin zu 14 Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie reicht, also große Differenzen vorliegen. Dementsprechend ist die Standardabweichung relativ hoch, wie auch aus der folgenden Tabelle hervorgeht.

Arithmetisches Mittel	4,30
Median	4,00
Modalwert	1
Standardabweichung	3,404
Minimalwert	1
Maximalwert	14

Tabelle 6: Anzahl der Behandlungen in der KJPPP

Wenn man den Umfang der beanspruchten Behandlungen anhand des Geschlechtes aufschlüsselt, so ergibt sich die folgende Übersicht.

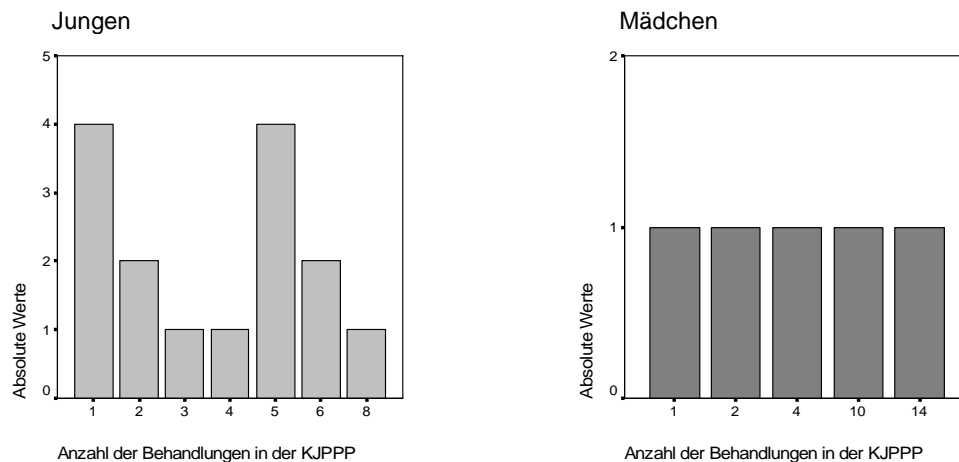


Abb. 10 & Abb. 11: Anzahl der Behandlungen in der KJPPP im Geschlechtervergleich

Es ist erkennbar, dass das Spektrum der Behandlungshäufigkeit sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen weit reichend ist, obgleich bei den Mädchen eine größere Spanne besteht. Diese kann jedoch durch Ausreißerwerte begründet sein, was sich allerdings anhand der begrenzten Stichprobe nicht klar bestimmen lässt. Deutlich wird jedoch aus den Abbildungen, dass sich die Untersuchungsgruppe in Kinder und Jugendliche mit wenigen Aufenthalten und solchen mit häufiger und längerer Psychiatrieerfahrung aufteilen lässt.

Wird nun weiter die Form der Behandlung mit einbezogen, so ergibt sich folgende Verteilung: Für jedes Kind bzw. jeden Jugendlichen fanden zwischen einer und drei ambulanten ($\bar{x} = 1,75$) und zwischen einer und vier teilstationären Behandlungen ($\bar{x} = 1,57$) statt, jeweils mit dem Schwerpunkt bei einer einzelnen Behandlung (Modalwert = 1). Im Bereich der stationären Behandlungen kam es dagegen wieder zu einer größeren Schwankung, die Anzahl liegt zwischen einer und zehn stationären Aufenthalten pro Person, zentriert sich jedoch ebenfalls bei einer Behandlung ($\bar{x} = 3,39$; $D = 1$).

Bezüglich der durchschnittlichen Dauer der Maßnahmen innerhalb der untersuchten Stichprobe fällt zunächst auf, dass die stationären Klinikaufenthalte annähernd doppelt so lang andauern wie die teilstationären. So dauern stationäre Aufenthalte bei den Kindern und Jugendlichen im Mittel etwa 6,5 Monate ($\bar{x} = 6,45$), während teilstationäre Angebote lediglich knapp vier Monate andauern ($\bar{x} = 3,79$). Wieder nach dem Geschlecht getrennt betrachtet, wird erkennbar, dass die Mittelwerte der Mädchen klar über denen der Jungen liegen, d.h. die Mädchen der untersuchten Stichprobe waren nicht nur häufiger in psychiatrischer Behandlung, sondern verblieben dort auch länger als die männlichen Kinder und Jugendlichen.

	Gesamtdauer teilstationärer Behandlungen (in Monaten)	Gesamtdauer stationärer Behandlungen (in Monaten)
Arithmetisches Mittel	2,125	5,7321
Modalwert	,5	2,00
Standardabweichung	1,6520	4,16772
Minimalwert	,5	1,00
Maximalwert	4,0	13,75

Tabelle 7: Dauer stationärer und teilstationärer KJPPP- Aufenthalte Jungen

	Gesamtdauer teilstationärer Behandlungen (in Monaten)	Gesamtdauer stationärer Behandlungen (in Monaten)
Arithmetisches Mittel	6,000	9,0000
Modalwert	8,0	7,00
Standardabweichung	3,4641	2,41523
Minimalwert	2,0	7,00
Maximalwert	8,0	12,50

Tabelle 8: Dauer stationärer und teilstationärer KJPPP- Aufenthalte Mädchen

Zur Dauer von ambulanten Maßnahmen kann keine Aussage gemacht werden, da ambulante (Nach-)Betreuungen in den Kinder- und Jugendpsychiatrien und vor allem ihre jeweilige Dauer nicht in den Akten des Jugendamtes vermerkt sind. Ebenso ist keine genaue Einsicht möglich, welcher Anteil der Jugendlichen bei niedergelassenen Therapeuten ambulant behandelt wird. Lediglich bei vier Jugendlichen geht aus der Aktenanalyse hervor, dass eine zusätzliche klinikexterne kinder- und jugend-psychotherapeutische Behandlung stattgefunden hat. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die tatsächliche Inanspruchnahme wesentlich höher liegt.

3.6 Bildungsverläufe – Schule

Bei der Betrachtung der Schullaufbahn der einzelnen untersuchten Kinder und Jugendlichen fällt zunächst auf, dass es zu vielfachen Schulwechseln kam. Dabei wurden in den folgenden Angaben sowohl reguläre (z.B. der Wechsel vom Primar- zum Sekundarbereich) als auch unregelmäßige Schulwechsel berücksichtigt, insofern dies aus den Akten ersichtlich war. So wechselten die Kinder und Jugendlichen durchschnittlich 2,7-mal die Schule, während ein viermaliger Schulwechsel am häufigsten auftrat (\bar{x} = 2,70; D = 4). Dabei gab es kaum bzw. keine Differenzen bezüglich des Geschlechts, sowohl im Hinblick auf das arithmetische Mittel als auch auf den Modalwert (\bar{x} Jungen = 2,67/ \bar{x} Mädchen = 2,80; D Jungen/ Mädchen = 4). Des Weiteren reicht die Spanne der Schulwechsel von zwei Schülern ohne bisherigen Schulwechsel bis hin zu zwei Jugendlichen, die bereits sechs verschiedene Schulen besucht haben. Während sich die Mädchen nur zwischen einem und vier Schulwechseln bewegen, besetzen die Jungen

ebenso diese Extremwerte. Die wichtigsten Daten hierzu sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Arithmetisches Mittel	2,70
Modalwert	4
Standardabweichung	1,559
Minimum	0
Maximum	5

Tabelle 9: Anzahl der Schulwechsel

Im Weiteren wird deutlich, dass ein hoher Anteil der Kinder und Jugendlichen im bisherigen Bildungsverlauf bereits eine Förderschule besucht hat. So wurden 13 Schüler und Schülerinnen der Stichprobe bereits in Förderschulen verschiedener Art beschult, was einem Anteil von 65% entspricht. Der Vergleich beider Geschlechtergruppen liefert jedoch ein differenzierteres Bild. Während bei den Jungen die eindeutige Mehrzahl, etwa drei Viertel, bereits eine Förderschule besucht hat, besitzt der überwiegende Teil der Mädchen zum Untersuchungszeitpunkt keine Erfahrungen mit Förderschulen. Dies wird in den folgenden Abbildungen dargestellt.

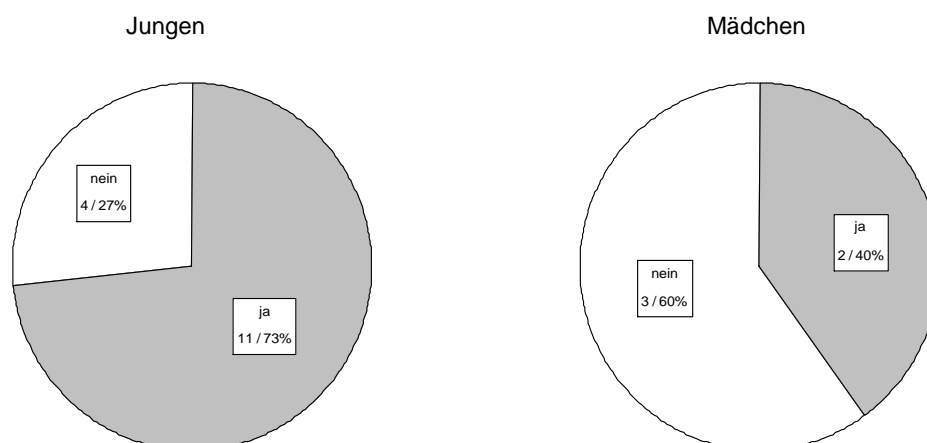


Abb. 12 & Abb. 13: Förderschulbesuch im Geschlechtervergleich

Die bereits besuchten Förderschulen lassen sich anhand ihrer Profile wie folgt zusammenfassen: Lernförderschulen, Förderschulen für Erziehungshilfe und Förderschulen für Sprachbehinderungen. Außerdem hatten fünf Jungen bereits mehrere Förderschulformen besucht.

Zum Zeitpunkt der zweiten Aktenaufnahme teilten sich die untersuchten Kinder und Jugendlichen, soweit aus den Akten ersichtlich, wie folgt, auf verschiedene Schulformen auf. Zwei Jungen besuchten eine Grundschule, einer davon eine spezielle Lernförderschule. Vier Kinder und Jugendliche werden in Förderschulen der Sekundarstufe beschult und ebenso vier Stichprobenteilnehmer besuchen eine Mittelschule. Darüber hinaus nehmen vier Kinder und Jugendliche an trägerinternen Beschulungen teil sowie ein Junge an einem Schulverweigerprojekt. Für einen anderen

Jugendlichen wurde die Beschulung vorübergehend ausgesetzt, da er sich zum Zeitpunkt der Aktenaufnahme in einer U-Haft vermeidenden Jugendhilfemaßnahme befand. Lediglich ein Junge befindet sich in einer Berufsausbildung innerhalb einer Jugendhilfemaßnahme. Bei drei Schülern bzw. Schülerinnen ging anhand der Fallakten der Status der aktuellen Beschulung nicht hervor. Die genaue Aufschlüsselung ist nochmals in Tabelle zehn angegeben.

Auch bezüglich der Klassenstufe sind Unterschiede festzustellen. So verteilen sich die Kinder und Jugendlichen der Stichprobe relativ gleichmäßig zwischen der ersten und der zehnten Klasse ($\bar{x} = 6,00$; $s = 3,305$), mit dem Schwerpunkt in der neunten Klassenstufe ($D = 9$), die von drei Schülerinnen besucht wird. Lediglich ein Junge besucht das zweite Lehrjahr innerhalb einer Berufsausbildung. Bei sechs Schülern und Schülerinnen ging hingegen die aktuelle Klassenstufe nicht aus der jeweiligen Fallakte hervor.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	GS	1	5,0	5,0	5,0
	GS LFS	1	5,0	5,0	10,0
	FS für E.-hilfe	3	15,0	15,0	25,0
	LFS	1	5,0	5,0	30,0
	Mittelschule	3	15,0	15,0	45,0
	Trägerinterne Beschulung	4	20,0	20,0	65,0
	Schulverweigerer- projekt	1	5,0	5,0	70,0
	Berufsausbildung in Jhm.	1	5,0	5,0	75,0
	Ende der Schulpflicht	1	5,0	5,0	80,0
	keine Beschulung (U-Haft- Vermeidung)	1	5,0	5,0	85,0
unbekannt	3	15,0	15,0	100,0	
Gesamt		20	100,0	100,0	

Tabelle 10: Aktuelle Schulform

4. Zwei Fallbeispiele

Fallgeschichten über Kinder, Jugendliche und Familien mit komplexem Hilfebedarf stehen vor dem Problem, dass Aussagen über Ursachen und Wirkungen, biographische Wendepunkte und insbesondere über den Erfolg oder Misserfolg von Interventionen stets kontingent sind. Ob eine bestimmte pädagogische oder therapeutische Maßnahme das jeweils beabsichtigte Ziel erreicht oder nicht, lässt sich selten zweifelsfrei beweisen. Dasselbe gilt für die Frage, ob das Fortbestehen von Verhaltensauffälligkeiten bei Jugendlichen „noch“ als normal oder „schon“ als Indikator für das Scheitern von Interventionen zu interpretieren ist. Stets erweisen sich die in solchen Fallgeschichten abgebildeten Hilfeverläufe auch in einem weiteren Sinne als *komplex*: Sie entziehen sich der eindeutigen Zurechnung, der monokausalen Ableitung und der schnellen Kategorisierung. Fortwährend sind an ihrem Zustandekommen so viele Personen und Institutionen, Perspektiven und Erfahrungen beteiligt, dass Aussagen über die Effizienz institutionellen Handelns nur mit Vorsicht getroffen werden können.

Erforderlich ist daher vor allem die genaue Beschreibung der lebensgeschichtlichen und institutionellen *Konstellationen*, die den jeweiligen Fall bestimmen. Dies wird im Folgenden anhand von zwei Beispielen versucht, die von ihren schwierigen Ausgangsbedingungen her und auch in ihren verwirrenden Abläufen für viele der von uns erhobenen Fallgeschichten (N = 18) typisch sind. Die Beispiele wurden so ausgewählt, dass in einem die problematischen Aspekte überwiegen, während das andere einen eher positiven, gelingenden Verlauf repräsentiert.

4.1 Andreas

Die familiäre Situation

Andreas' Eltern leben in Scheidung. Nachdem es in der Familie auch unter den Geschwistern immer wieder zu gewalttätigen Auseinandersetzungen kam, wurde er wegen Fremdgefährdung bereits im Grundschulalter in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik drei Monate stationär behandelt. Eine aufsuchende Familientherapie sowie ambulante und teilstationäre Behandlungen schließen sich an. Mit Beendigung des stationären Aufenthalts möchte die Mutter Andreas in eine Pflegefamilie geben. Der Vater verweigert allerdings die Einwilligung und nimmt seinen Sohn aufgrund des gemeinsamen Sorgerechts bei sich auf. Zunächst scheint es hier keine weiteren Probleme zu geben. Im Verlauf zeigt sich allerdings, dass es auch im Zusammenleben mit dem (alkoholabhängigen) Vater zu Beziehungsproblemen, schulischen Schwierigkeiten und delinquentem Verhalten kommt. Die Lebensgefährtin des Vaters stellt diesen vor die Wahl zwischen ihr und seinem Sohn. Der inzwischen 11-jährige Andreas kommt daraufhin, nach einer Beratung des Vaters im Jugendamt, in eine heilpädagogische Familienwohngruppe und nimmt über eine jugendpsychiatrische Beratungsstelle einmal im Monat eine ambulante Behandlung bei einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie wahr.

In einem Gutachten wird Andreas unter anderem verzögertes Denken, retardierte Sprachentwicklung, gestörtes Sozialverhalten, motorische Unruhe sowie ein vermindertes

Selbstwertgefühl attestiert. Er sei leicht reizbar und leide an seiner mangelnden Impulskontrolle. Andreas versucht über provokatives Verhalten Kontakt zu anderen Kindern aufzunehmen, was ihm nur schwer gelingt.

Wohngemeinschaft oder Pflegefamilie?

In der WG zeichnet sich eine deutliche Verbesserung der Situation ab, sodass der ASD als Perspektive eine Erziehungsstelle/Pflegefamilie ins Auge fasst und mit der Suche nach einer solchen beginnt. Hier zeigen sich allerdings deutliche fachliche Differenzen zwischen dem ASD, der WG und der betreuenden Psychotherapeutin. Während letztere eine weitere Unterbringung des Jungen in der WG befürwortet, konzentriert sich der ASD in seiner Stellungnahme auf die nach seiner Ansicht erforderliche Elternarbeit. Sowohl die Familie als auch das Kind sollten auf die nach Meinung des ASD notwendige Unterbringung in einer Pflegefamilie vorbereitet werden. Die Beratungsstelle verweigert hier teilweise die Zusammenarbeit und gibt trotz vorliegender Schweigepflichtsentbindung durch die Eltern die angeforderten Informationen nicht an den ASD weiter. Zudem macht sie deutlich, dass sie das Thema Pflegefamilie erst diskutieren werde, wenn eine solche gefunden sei. Nach einigem Hin und Her gibt der ASD seine Haltung auf und es wird ein langfristiger Verbleib in der WG vereinbart.

Ständige Veränderungen und Beziehungsabbrüche

In der Zwischenzeit wurde dem Vater aufgrund mangelnder Beteiligung an der Erziehung und Betreuung der gemeinsamen Kinder das Sorgerecht entzogen. Inzwischen hat Andreas drei Schulwechsel (plus Klinikschule) erlebt und besucht aufgrund eines sonderpädagogischen Gutachtens eine Schule für Erziehungshilfe. Durch Umzüge seiner Mutter und Änderungen der Gebietsaufteilung des ASD hat er außerdem vier verschiedene Mitarbeiterinnen des ASD kennen gelernt.

Andreas macht indes Fortschritte in seiner Entwicklung und die ambulante Therapie wird nach drei Jahren auf zweimonatliche Besuche verkürzt. Zugleich wird die seit ca. zwei Jahren laufende medikamentöse Behandlung mit verschiedenen Neuroleptika fortgesetzt. Nach einiger Zeit spitzt sich die Lage allerdings wieder zu. Während die Einrichtung aus den bisherigen Räumen ausziehen muss, kommt es bei Andreas zu großen Schwierigkeiten. Er verstößt massiv gegen die Regeln der Wohngemeinschaft, zeigt wieder Aggressionen gegen andere (auch Kinder), ist mehrmals abgänglich, konsumiert zunehmend Alkohol und verweigert die Einnahme seiner Medikamente. Aus diesem Grund wird nach einer Fallbesprechung im ASD ein Krisengespräch in der Ambulanz der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik vereinbart. Andreas kommt jedoch an diesem Tag wieder einmal nicht wie geplant aus der Schule in die WG und erklärt nach mehrmaligen Anrufversuchen auf seinem Handy nur kurz, er komme erst am Abend, weil er im Moment „keinen Bock“ habe. Daraufhin wird Andreas mit Unterstützung der Polizei aufgegriffen und in die Klinik eingeliefert. In einem ersten Kriseninterventionsgespräch ist der 15-jährige Junge nicht in der Lage, seine Wünsche und Vorstellungen zu äußern und es wird entschieden, dass er zu weiteren intensiven Gesprächen für sechs Tage in der Psychiatrie verbleibt. Im Abschlussgespräch wird vereinbart, dass Andreas sich an die

Regeln der WG hält und sich mit Unterstützung der Erzieher in der Klinik einmal wöchentlich nach einem Therapieplatz erkundigt. Interessanterweise erklärt die zuständige ASD-Mitarbeiterin im Nachhinein, die Unterbringung in der Klinik sei zwar als Krisenintervention deklariert worden, tatsächlich hätte es sich aber aufgrund der Schließung der bisherigen HzE-Einrichtung auch um eine für alle Beteiligten angenehme Übergangslösung gehandelt.

Ein neuer Versuch

In der neuen Wohngemeinschaft zeigt Andreas eine deutliche Verweigerungshaltung gegenüber den Aktivitäten und Regeln der WG, es kommt wiederholt zu Alkoholmissbrauch, er unterschlägt Geld und zeigt sich hinsichtlich seiner Verhaltensschwierigkeiten wenig einsichtig. Lediglich in Bezug auf die Bereitschaft zur Therapie wird eine leichte Verbesserung erreicht. Neben der angebahnten Therapie wird von den Beteiligten eine erneute Diagnostik einschließlich der Überprüfung des geeigneten Schultyps vereinbart. Außerdem wird in einem Hilfeplangespräch die Änderung der stationären Hilfe in eine ambulante (Erziehungsbeistand) mit Beginn der stationären Therapie beschlossen. Einen Monat nach der Krisenintervention beginnt die Therapie. Die WG teilt dies dem Klassenleiter von Andreas mit und erhält die Zusicherung seiner Unterstützung bei schulischen Belangen. Zu diesem Zeitpunkt scheidet die fallzuständige Sozialarbeiterin im ASD aus und die Akte wird ohne Übergabe an die nächste Bearbeiterin weitergereicht. Aus der Leistungsdokumentation des Erziehungsbeistandes geht hervor, dass dieser einen intensiven Kontakt zu allen Beteiligten pflegt und in seiner Funktion als Schnittstelle zwischen den Fallbeteiligten auch für die baldige Weitergabe wichtiger Informationen sorgt.

Für den stationären Aufenthalt werden in einem weiteren Hilfeplangespräch 12 Wochen anberaumt. In dieser Zeit soll versucht werden, eine Perspektive für die Zeit danach zu entwickeln. Vor allem geht es darum, eine geeignete Schule sowie eine weiterführende Hilfe ausfindig zu machen, in der die erreichten Therapieergebnisse stabilisiert werden können.

Die Vergangenheit holt Andreas ein

Wie aus einem Bericht der Klinik hervorgeht, zeigen sich im Stationsalltag zunächst Andreas' Schwierigkeiten in der Selbststeuerung und seine Reizoffenheit. Seine Fähigkeiten zur Selbst- und Fremdwahrnehmung seien eingeschränkt, und in der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen mangle es ihm häufig an adäquaten Formen der Konfliktlösung. In Einzelkontakten komme zunehmend eine hinter den aggressiven Verhaltensweisen steckende depressive Symptomatik zum Tragen. Als problematisch werden in diesem Zusammenhang sowohl die Nichtbearbeitung der massiven Übergriffe zwischen einzelnen Familienmitgliedern in der Vergangenheit, Geschwisterrivalitäten, eine Rollendiffusion in der Familie sowie eine subtile emotionale Ablehnung durch seine Mutter thematisiert. Des Weiteren habe Andreas aufgrund vielfacher Umzüge und damit verbundener Beziehungsabbrüche in der Vergangenheit kaum tragbare soziale Beziehungen aufbauen können. Bei der Aufnahme von Kontakten zu anderen

Jugendlichen erscheint er daher übereilt und unreflektiert. Er könne sich in diesen Beziehungen kaum abgrenzen und selbst schützen.

Im Rahmen der stationären Behandlung wurden mit Andreas altersgerechte Strategien zum Kontaktaufbau und zur Gestaltung von Beziehungen mit Gleichaltrigen und adäquate Möglichkeiten der Konfliktbewältigung erarbeitet. Seine Rolle in der Gleichaltrigengruppe und daraus resultierende Verhaltensprobleme wurden thematisiert. Durch eine Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, so wird hervorgehoben, kann Andreas seine Rolle in Gruppen zunehmend selbständig überdenken und Alternativen erarbeiten. Da sich im Behandlungsverlauf immer häufiger verdrängte Konflikte mit seiner Mutter zeigten und diese eine ausreichende, vor allem emotionale Versorgung und emotionale Stabilisierung nur unzureichend gewährleisten könne, wurde von Seiten der Klinik eine räumliche und beginnende emotionale Distanzierung zur Mutter therapeutisch unterstützt und eine weitere stationäre Unterbringung in einer therapeutischen WG empfohlen. Eine Beschulung in großen Klassen sei nicht möglich.

Wer entscheidet, was richtig ist?

In der Klinik kommt es unterdessen während eines Gespräches zu massiven Auseinandersetzungen zwischen den Beteiligten. Nachdem Andreas seine genauen Vorstellungen über die sich anschließende Jugendhilfemaßnahme formuliert hatte, unterstellt die ASD-Mitarbeiterin der Psychotherapeutin, sie hätte ihrem Patienten diese – in ihren Augen zu klaren Vorstellungen – „injiziert“, was ihre Kompetenzen eindeutig überschreite. Auch zwischen der behandelnden Ärztin und der Mutter kommt es zu einer Auseinandersetzung bezüglich einer Disziplinierungsmaßnahme und der Medikation ihres Sohnes, woraufhin die Ärztin es der Mutter freistellt, ihren Sohn sofort mitzunehmen, wenn sie mit der Behandlung nicht einverstanden sei.

Im Anschluss an diese als unbefriedigend beschriebene Beratung beschränken sich die Beteiligten im weiteren Verlauf offenbar auf absolut notwendige Abstimmungen bezüglich der durch den ASD bevorzugten Einrichtung. Lediglich der eingesetzte Erziehungsbeistand hält einen intensiven Kontakt zu allen Beteiligten aufrecht. Am Ende der Behandlung wird Andreas nach einer Begutachtung durch die Psychologin der zukünftigen Einrichtung in eine therapeutische WG außerhalb Leipzigs verlegt. Bis der Abschlussbericht der Klinik mit der Bitte um Weiterleitung an die zuständige stationäre Jugendhilfeeinrichtung im ASD eingeht, vergehen elf (!) Wochen. In der Weiterleitung kommentiert die ASD-Mitarbeiterin dieses späte Eintreffen des Berichtes mit den Worten „Ich bin ganz erstaunt, dass überhaupt noch etwas kam...“.

Erneuter Rückschlag

In der gegenwärtigen stationären Jugendhilfe-Einrichtung nimmt Andreas zunächst eine gute Entwicklung. Er zeigt eine „altersgemäße Entwicklung“ und auch die Mutter gibt sich trotz einiger Schwierigkeiten in der Beziehung zu ihrem Sohn Mühe, im Interesse ihres Sohnes zu handeln. Die schulischen Leistungen von Andreas verbessern sich durch den Einzelunterricht und seine Zukunftsplanung gewinnt für ihn mehr Bedeutung. Sein Ziel ist

es, eine berufsvorbereitende Ausbildung mit integriertem Hauptschulabschluss zu machen.

Doch nach einem Umzug der Wohngemeinschaft sowie längerem Ausfall des Einzelunterrichts zeigt Andreas erneut problematische Verhaltensweisen. Immer häufiger kommt es in den nächsten Monaten zu Regelverstößen, Abbrüchen von Schulstunden, Alkoholmissbrauch und Auseinandersetzungen mit Mitbewohnern. Dennoch verlaufen ein Urlaub im Ausland und der Beginn der Ausbildung zunächst zufriedenstellend.

Später kommt es wieder zu massivem Alkoholmissbrauch mit mehreren Krankenhauseinlieferungen aufgrund von Alkoholvergiftungen. Im Verlauf der weiteren sechs Monate verschlechtert sich die Situation weiter, lediglich unterbrochen von kurzen positiven Phasen. Trotz guter schulischer Leistungen und einer intensiven Zusammenarbeit von WG, Schule und Arbeitsagentur wird das BVJ aufgrund seiner massiven Verhaltensprobleme beendet, und Andreas wird erneut für knapp drei Wochen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik in der Nähe der WG stationär behandelt.

Anschließend wird Andreas in eine Leipziger Klinik verlegt. Das dortige Aufnahmegespräch findet ohne ASD-Beteiligung und ohne die Mutter statt. Bis auf die Information über die Aufnahme von Andreas in der Leipziger Klinik war bis zum Ende der Aktenanalyse kein weiterer Einbezug des ASD von Seiten der Klinik erkennbar.

Zur Interpretation

Die hier beschriebene Fallgeschichte zeigt, wie negativ sich häufige Wechsel der Bezugspersonen und damit einhergehende Beziehungsabbrüche auf die Entwicklung eines Jugendlichen auswirken können. Neben der Fluktuation zuständiger Mitarbeiter im ASD sind es insbesondere die ständigen Schulwechsel sowie Schließungen oder Verlegungen stationärer Jugendhilfeeinrichtungen, die zu Rückschlägen führen. Auch die Änderung einer Jugendhilfemaßnahme (hier: von stationär zu ambulant) während eines Psychriaufenthaltes erscheint in diesem Zusammenhang bedenklich. Darüber hinaus zeigt der geschilderte Verlauf, dass mangelnde Abstimmung und Zusammenarbeit der verschiedenen beteiligten Institutionen sowie schleppende Informationsweitergabe an den jeweils anderen Kooperationspartner für den Fallverlauf problematische Folgen haben können. Nicht zuletzt zeigt der hier geschilderte Fall auch die Tragweite eines Transfers ungeklärter fachlicher Differenzen auf die persönliche Ebene.

4.2 Mario

Familiensituation und Pflegschaft bei den Großeltern

Mario wird sieben Wochen zu früh geboren. Seine Mutter leidet unter Wochenbettdepression und kann keine richtige Bindung zu ihrem Sohn aufbauen. Sie spielt mit dem Gedanken, Mario zur Adoption freizugeben. Zu Hause wird Mario in seinen ersten drei Lebensjahren nur mangelhaft versorgt und isoliert. Er hat nur sehr wenig Kontakt zu seinen älteren Geschwistern und Eltern und kann infolgedessen kein adäquates soziales Kommunikations- und Bindungsverhalten entwickeln. Mit viereinhalb Jahren holen ihn seine Großeltern zu sich, da sie deutliche Verwahrlosungserscheinungen feststellen. Nachdem Mario schon über ein Jahr bei den Großeltern lebt und seine Eltern inzwischen

in Norddeutschland wohnen, wenden sie sich an den ASD, weil sie ihren Enkelsohn behalten wollen und eine entsprechende rechtliche Grundlage hierfür benötigen. Dem vom ASD befürworteten Antrag auf Übertragung der elterlichen Sorge wird nach kurzer Zeit stattgegeben. Zu Beginn der Pflegschaft hat Mario einen Entwicklungsrückstand von eineinhalb Jahren. Er ist nicht „sauber“, kann kaum selbständig essen, ist wenig steuerbar, aggressiv, unkontrolliert und zeigt autoaggressives Verhalten. So kommt es häufig zu Verletzungen. Seine Pflegeeltern stellen Mario zu Pflegebeginn auch im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) vor. Nach erfolgter Diagnostik wird ein Antrag auf Eingliederungshilfe im Kindergarten gestellt. Mario wird in seinem bisherigen Kindergarten fortan als Integrationskind geführt und um ein Jahr zurückgestellt. Außerdem erhält er von nun an Musik-, Ergo- sowie Gruppentherapie im SPZ. Bei der Wiedervorstellung ein Jahr später wird ihm eine positive Entwicklung bescheinigt.

Probleme in Kindergarten und Grundschule

Aufgrund zunehmender Aggressivität im Kindergarten wird Mario kurze Zeit später in der Institutsambulanz einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik vorgestellt. Eine zunächst erwogene stationäre bzw. tagesklinische Behandlung lehnen die Großeltern allerdings ab und begründen dies mit einer angeblich positiven Entwicklung des Jungen in der Vorschulgruppe der Tagesstätte. Zwischenzeitlich kommt es wiederholt zu Auseinandersetzungen mit Marios Mutter, die ihn zeitweilig wieder zu sich holen will. Der ASD rät den Großeltern, sich abwartend zu verhalten und sichert bei Bedarf seine Unterstützung zu, um die positive Entwicklung des Jungen nicht durch eine Rückkehr zu seinen Eltern zu gefährden.

Zu Beginn des nächsten Jahres meldet die Kindertagesstätte dem ASD den Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im Haushalt der Großeltern. Mario dürfe im Kindergarten nicht von zu Hause berichten, dies würde von den Großeltern massiv verboten. Der Junge erfahre körperliche und seelische Gewalt, erhalte sehr harte Strafen. Häufige Blessuren und blaue Flecken würden verharmlost. Der Junge sei sehr unausgeglich und aggressiv, würde viel schlagen und zerstören. Anhand der Akten ist bezüglich dieser Meldung nur ein Telefonat mit dem Großvater notiert. Eine weitergehende Reaktion des ASD ist aus den Akten nicht zu erkennen.

Lediglich vier Monate später findet sich ein Vermerk über einen kürzlich erfolgten Hausbesuch und darauf folgendes Einnässen des Jungen. Inzwischen wurde Mario eingeschult. Er ist jetzt siebeneinhalb Jahre alt und besucht weiterhin die Ergo- und Gruppentherapie des SPZ. Nach nur zwei Monaten kommt es zu Problemen in der Grundschule und dem Hort. Es gibt Beschwerden von Elternvertretern, und die Idee eines Schulbegleiters wird diskutiert. Nur fünf Monate nach seiner Einschulung wird Mario von der Schule suspendiert. Die Möglichkeit einer Umschulung an eine Förderschule wird geprüft. Die Großeltern bitten den ASD um einen Termin und erklären ihre Verzweiflung über die massiven Schulprobleme. Einer geplanten Beurlaubung des Jungen zur Mutter stehen sie ablehnend gegenüber.

Das wenig später erfolgende Aufnahmegespräch in der Förderschule findet ohne Beteiligung des ASD statt, da die Großeltern dafür keine Notwendigkeit sehen. Die

Großmutter informiert den ASD darüber, dass Mario mit dem Jahreswechsel in der Förderschule aufgenommen wird und teilt wichtige Ansprechpartner und Telefonnummern mit. Unterdessen vermittelt der ASD zwischen den Großeltern und der Mutter bezüglich einer eventuellen Beurlaubung des Jungen. Nachdem Mario sich in einem „Verzweiflungsanfall“ ablehnend geäußert hat und auch die Großeltern ihre Bedenken deutlich gemacht haben, kann die Mutter davon überzeugt werden, von einer Beurlaubung Abstand zu nehmen und dem Jungen Zeit zu geben.

Nachdem die Situation in der Schule beinahe täglich eskaliert, meldet sich die Förderschule nach ca. einem halben Jahr beim ASD. Sie erläutert die vor vier Tagen erfolgte Suspendierung des Jungen aufgrund wiederholter massiver verbaler und körperlicher Aggressionen gegen LehrerInnen und SchülerInnen und bittet um Unterstützung. Aus ihrer Sicht seien eine fachärztliche Abklärung und unterstützende Hilfen für die Familie dringend notwendig. Die Großeltern seien überfordert und würden Mario starkem psychischem Druck aussetzen, indem sie drohen, ihn zur Mutter zurück zu bringen.

Mario ist diesem Druck nicht gewachsen. Die Schule hat in der Elternarbeit darauf hingewiesen, dass klare richterliche Regelungen, eine druck- und gewaltfreie Erziehung sowie das Bekenntnis zum Enkel grundlegend für eine Zusammenarbeit seien. Zur Perspektivklärung ist ein Gespräch in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik geplant. Die Suspendierung bleibt bis zur Einweisung des Jungen bestehen.

Die Zusammenarbeit wird verstärkt

Vermutlich aufgrund falscher Adressierung erhält der ASD erst fünfeinhalb (!) Wochen später ein Schreiben der Klinik, in dem mitgeteilt wird, Mario befinde sich dort zur stationären Behandlung. Weiterhin bittet die Klinik um einen ausführlichen Betreuungsbericht, welcher allerdings nicht erstellt werden kann, weil sich die Schweigepflichtentbindung auf die falsche Person bezieht. Der ASD informiert die Klinik daraufhin, dass die Familie bisher situations- und ereignisabhängig beraten wurde und aufgrund der guten Versorgung durch andere Professionen bislang keine Hilfen zur Erziehung erforderlich schienen. In einem in der Klinik stattfindenden Gespräch, bei dem die Großeltern, Marios Ärztin sowie der ASD anwesend sind, wird deutlich, dass der Junge viel Lob und Sicherheit benötigt. Er sei von starken Selbstzweifeln geplagt, habe kaum Selbstwertgefühl und sei schnell überfordert. Es sei traumatherapeutische Arbeit nötig. Gegen die aggressiven Impulsdurchbrüche und zur „Entängstigung“ bekommt Mario ein Neuroleptikum. Auch der Umgang der Großeltern mit ihrem Enkel wird besprochen und der ASD macht deutlich, dass diese ihre Elternrolle inzwischen anzunehmen scheinen und zur Unterstützung der Familie nach der Entlassung Hilfen zur Erziehung notwendig und geeignet erscheinen. Für einen Urlaub wird die Unterbrechung der stationären Behandlung für die Ferienzeit diskutiert, was die Klinik nicht befürwortet.

Drei Wochen später – Mario ist inzwischen im nun doch genehmigten Urlaub – trifft die Diagnose beim ASD ein. Darin werden noch einmal Marios posttraumatische Belastungs- sowie Bindungsstörung, der Verdacht auf eine niedrige Intelligenz und eine Lernleistungsblockade thematisiert. Bei den Pflegegroßeltern, die ein wenig flexibles und

rigides Familiensystem böten, komme es nach der Aufnahme von Mario zu Situationen mit massiven Reinszenierungen vergangener Ereignisse und entsprechenden Retraumatisierungen. Außerdem fühle sich der Junge für die schwere Erkrankung seines Großvaters verantwortlich, was ihn zusätzlich überfordere.

Mit der Wiederaufnahme des Patienten soll versucht werden, das Erreichte zu stabilisieren. Um seine Freude am Lernen weiter zu fördern, ist eine stundenweise Wiedereingliederung in die Heimatschule geplant. Überdies soll der Therapieverlauf zeigen, welche Hilfen für Mario und seine Familie geeignet erscheinen. Derzeit zieht die Klinik einen Erziehungsbeistand oder eine Tagesgruppe in Erwägung, vor allem um den Großvater in der Nachmittags- und Hausaufgabenbetreuung zu entlasten, von denen beide regelmäßig überfordert sind. Ausdrücklich hebt die Klinik in ihrem Schreiben hervor, dass zur weiteren Gestaltung der Betreuung rechtzeitige Absprachen erforderlich sind.

Zurück in der Klinik

Nach dem Urlaub kehrt Mario in die Klinik zurück. Es zeigen sich deutlich positive Auswirkungen dieser Behandlungsunterbrechung. Der Junge zeigt erstmals eine Therapiemotivation und macht merkliche Fortschritte. Die familientherapeutische Arbeit mit den Großeltern gestaltet sich nach Ansicht der Psychiatrie nach wie vor schwierig. Es sei allerdings gelungen, sie für die Einbeziehung des Jugendamtes zu gewinnen. Die Zusage der Unterstützung für den Fall, dass die Mutter ihren Sohn zurückholen wolle, führte zu einer Entlastung. Hierdurch konnten Ängste abgebaut werden, und die Großeltern sind bereit, Hilfen für sich und ihr Enkelkind zuzulassen. Deshalb beschließt der ASD während des zweiten Klinikaufenthaltes den Einsatz einer Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) mit vorerst einem Kontakt pro Woche, nach der Entlassung mit zwei wöchentlichen Kontakten.

An ihrem ersten Tag in der Familie und einen Monat nach Marios Urlaub findet in der Klinik eine Helferkonferenz mit allen Beteiligten (Klinik, Klinikschule, ASD, Schule, SPFH) statt. In dieser wird festgehalten, dass Mario derzeit drei Stunden täglich die Förderschule besucht. Hier arbeite er sehr gewissenhaft, leide aber unter Konzentrationsschwächen und sei wenig belastbar. Von seiner aktuellen Schule wird vorgeschlagen, Mario in eine Lernförderschule zu überstellen und vorher in die erste Klasse zurückzustufen, um wieder „Freude am Lernen zu schaffen“. Allerdings wird die Überprüfung für die Lernförderschule zum momentanen Zeitpunkt von allen anderen Beteiligten als ungünstig und verfrüht angesehen. Die Rückstufung in die erste Klasse wird dennoch von allen befürwortet und Marios Entlassung in ca. einem Monat erwogen.

Absprachen werden nicht eingehalten

Eineinhalb Wochen nach der Helferkonferenz verstärkt sich Marios Symptomatik wieder drastisch. Als ursächlich hierfür wird von der Klinik ein „äußeres Missmanagement“ angenommen. Als die Therapeutin Mario in der Einzeltherapie die Rückstufung in die erste Klasse mitteilt, äußert er dazu massive Ängste, die aber aufgefangen werden können. Wenige Tage später gibt die Schule Mario allerdings zu verstehen, dass er für die Lernbehinderungsklasse überprüft oder in der zweiten Klasse verbleiben werde. Trotz

rascher Rücksprachen der Institutionen hält bei Mario die Symptomatik an und er kann nicht wie geplant entlassen werden. Selbst die Probebeschulung muss abgebrochen werden, und Mario bedarf zur Stabilisierung einer verstärkten Notfallmedikation. Nach Einschaltung der Bildungsagentur durch die behandelnde Ärztin erfolgt ca. zwei Wochen später eine Perspektivklärung durch die Schule. Mario wird in Klasse zwei weiterbeschult, allerdings nach Sonderlehrplan mit vielen Stunden Einzelförderung. Da bei Mario Schule und Lernen mit sehr viel Ängsten, Frustrationen und Enttäuschungen besetzt ist, wird beschlossen, den Schulbesuch in den ersten zwei Wochen noch therapeutisch zu begleiten und zu unterstützen.

Entlassung aus der Klinik und unerwartete schulische Erfolge

Nach einem insgesamt siebenmonatigen Aufenthalt wird Mario einen Monat später als ursprünglich geplant aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie entlassen. Die Diagnose lautet auf Posttraumatische Belastungsstörung durch Vernachlässigung und Gewalterfahrungen in den ersten drei Lebensjahren mit einer großen Bandbreite von Symptomen. Mario ist medikamentös eingestellt und wird durch die Klinik ambulant nachbetreut.

Aus der Leistungsdokumentation der Sozialpädagogischen Familienhilfe geht hervor, dass diese durch häufige Telefonate und Gespräche den Kontakt zu allen Beteiligten hält und als Schnittstelle fungiert. Ungefähr einen Monat nach dem Klinikaufenthalt soll Mario wieder zurück in seine alte Schulklasse. In einem gemeinsamen Gespräch mit der Familie äußern sowohl seine Klassenlehrerin als auch die Betreuungslehrerin ihre Bedenken in Bezug auf den Umfang der Unterrichtsstunden wie auch den Hortbesuch, der aus ihrer Sicht nicht möglich sei. Durch eine intensive Unterstützung der SPFH, unter anderem in Form eines Eltern-Coaching, gelingt es, die Lehrerinnen zu sensibilisieren, sodass sich diese auf einen „Neuanfang“ einlassen. Die SPFH macht sich durch Hospitationen im Unterricht ein eigenes Bild über die Schulsituation und ermutigt parallel dazu die Familie, am Thema Schule dranzubleiben. Durch regelmäßige Gespräche und Coachings mit der Familie und den Lehrerinnen kann Mario nach kurzer Zeit am Unterricht im gesamten Stundenumfang teilnehmen und den Schulhort besuchen. In diesem Zusammenhang zeigt auch die für Mario in enger Absprache mit der ambulanten Therapeutin festgesetzte Pferdetherapie positive Wirkung.

Probleme gibt es in dieser Zeit lediglich in Bezug auf die Kostenübernahme für die von der ambulanten Therapeutin angezeigte Dyskalkulieförderung. Die entsprechende Einschätzung des SPZ wird zwar dem ASD übermittelt. Um aber beurteilen zu können, ob eine Dyskalkulie vorliegt und eine seelische Behinderung daraus resultiert, ist für den Antrag auf Dyskalkulietherapie nach §35a SGB VIII eine Begutachtung durch das Gesundheitsamt notwendig. Eine erneute Diagnostik wird aber von den Großeltern abgelehnt, um Marios Selbstbewusstsein durch eine abermalige Testung nicht von neuem zu erschüttern. Erst zehn Monate später wird nach nochmaliger Attestierung durch das Gesundheitsamt die Kostenübernahme von Beginn an bewilligt.

Inzwischen ist Mario 13-mal Wochensieger und Klassenfahrts-Sieger und hat zusätzlich noch ein Schulleiterlob bekommen. Nur fünf Monate nach der Entlassung aus der Klinik

laden die Klassenlehrerin und die Betreuungslehrerin die Großeltern und die SPFH in die Schule ein, um von Marios enormen Fortschritten im schulischen wie auch sozialen Bereich zu berichten. Im Zeugnis sind Marios Zensuren bis auf die Kopfnoten und in Deutsch durchweg besser als 3 und er wird mit dem Jahresabschluss in die dritte Klasse versetzt. Bei weiter anhaltenden Fortschritten wird im darauf folgenden Jahr außerdem eine Adaptionwoche in seiner „früheren“ Grundschule angestrebt. Auf die entsprechende Anfrage bittet diese allerdings darum, eine andere Grundschule zu suchen.

Zur Interpretation

Der hier geschilderte Fall macht deutlich, wie wichtig die Zusammenarbeit aller, hier insbesondere der am Schulprozess Beteiligten ist und welche Erfolge damit erzielt werden können. Trotz einer verfahrenen familiären Situation, ausgeprägter psychischer Symptome, wiederholter Rückschläge und Schwierigkeiten in der Einhaltung von Absprachen wird letztlich eine gute Vernetzung der Helfer erreicht. Ausschlaggebend dafür ist das Engagement der Sozialpädagogischen Familienhelferin, die bei der Bearbeitung des Falls eine wichtige Funktion als „Schnittstellenmanagerin“ wahrnimmt. Selbst bei erheblichen fachlichen Differenzen können auf diese Weise schnell konstruktive Lösungen gefunden werden. Am Ende ist es auch diese funktionierende Kooperation aller Beteiligten, durch die es trotz einer höchst problematischen Vorgeschichte doch noch gelingt, die Entwicklung des Jungen in eine positive Richtung zu lenken.

5. „Ich denke, dass es zugenommen hat“: Professionelle Wahrnehmungen über komplexen Hilfebedarf

Bevor die speziellen Befunde unserer Untersuchung zur Kooperationsvereinbarung dargestellt werden, sollen in einem ersten Schritt die Wahrnehmungen zur Sprache kommen, die unsere Interviewpartner aus der Jugendhilfe, der KJPPP und der Schule in Bezug auf die „Zielgruppe“ mehrfach belasteter und auffälliger Jugendlicher äußerten: Wie schätzen sie die Problemlagen der Jugendlichen ein? Welche persönlichen Schwierigkeiten und Symptome sind aus ihrer Sicht vordringlich? Welche Rolle spielen Eltern und Familien? Und nicht zuletzt: Haben die beschriebenen Problemkonstellationen aus Sicht der Befragten in letzter Zeit an Gewicht eher zugenommen, sind sie alles in allem gleich geblieben, oder stellen sie sich heute weniger gravierend dar als früher?

Da Bezeichnungen wie „schwierige Jugendliche“ und „komplexer Hilfebedarf“ in hohem Maße auf Interpretationen beruhen und keine messbaren Größen darstellen (s.o.), müssen entsprechende Aussagen aus der sozialpädagogischen Praxis relativiert werden. Schon in der Vergangenheit war in sozialpädagogischen Diskussionen ja immer wieder die Rede davon, die Jugendlichen in Heimen, in suchttherapeutischen Einrichtungen oder in der Straffälligenhilfe seien schwieriger, die pädagogischen Zugänge zu ihnen komplizierter geworden als „früher“. Die Zweifel am Wert solcher generalisierenden Beschreibungen sind berechtigt und machen die Unterscheidung zwischen pauschalen (möglicherweise von Vorurteilen geprägten) Zuschreibungen und genauen Erfahrungsberichten umso wichtiger. Wenn wir im Folgenden die Antworten unserer Interviewpartner zu diesem Aspekt des Themas „komplexer Hilfebedarf“ dokumentieren, dann geschieht dies daher im Interesse einer differenzierenden Beschreibung, die nicht beim Stereotyp vom „immer schwieriger werdenden Jugendlichen“ stehen bleibt, sondern weiter fragt: Wovon ist die Rede, wenn MitarbeiterInnen aus der Jugendhilfepraxis, aus dem Bereich der Psychiatrie oder der Schule von verschärften Problemen und veränderten Lebenslagen sprechen? Wie werden sie in ihrer beruflichen Praxis mit diesen Problemen konfrontiert? Welche subjektiven Theorien entwickeln sie dazu und wo sehen sie Lösungsansätze?

Gemäß unserem Interviewleitfaden wurden insgesamt 42 Interviewpartner aus den Bereichen ASD, Jugendgerichtshilfe, Psychiatrie und Schule befragt. Darüber hinaus wurden 13 Teilnehmer aus dem Bereich der Leistungsanbieter der Hilfen zur Erziehung in einer Gruppendiskussion um ihre fachlichen Einschätzungen zu Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf gebeten: Wie hat sich die Größenordnung dieser Klientel in den letzten Jahren entwickelt? Woran wird „komplexer Hilfebedarf“ im Einzelnen festgemacht? Was lässt sich über das Alter und die Geschlechterverteilung der betreffenden Kinder bzw. Jugendlichen aussagen?

5.1 Wahrnehmungen aus Sicht der HzE, des ASD und der JGH

Betrachten wir zunächst die Befragten aus dem Bereich: Hilfen zur Erziehung, Jugendgerichtshilfe und ASD, so gibt es nur wenige Antworten, in denen der Anteil von Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf an der eigenen Klientel als unverändert

bezeichnet wird. Für die Mehrzahl der Befragten zeichnet sich hingegen eine spürbare bis starke Zunahme des Problems ab. Ein Teilnehmer einer Gruppendiskussion sieht bei den von ihm betreuten Fällen die Tendenz, dass die Klientel „jünger und komplizierter“ wird und spricht damit aus, was in zahlreichen weiteren Äußerungen aus diesem Bereich der sozialpädagogischen Praxis so oder ähnlich formuliert wurde. Vor allem in Stadtteilen mit hohen sozialen Belastungen werden familiäre Probleme im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit, Alkohol und Drogen an die Kinder „weitergegeben“. Viele Eltern können die Probleme ihrer Kinder infolge eigener Überforderung nicht ausgleichen, keine Schutzfunktion ausüben.

In einem anderen Statement wird hervorgehoben, dass häufig mehrere Instanzen an der Betreuung der Jugendlichen beteiligt sind, woraus sich schnell das Problem ergeben kann, dass eine von ihnen die Rolle der „vorletzten oder letzten Station“ von Hilfe übernimmt. Massiv angewachsen seien insbesondere die Probleme im Zusammenhang mit Schule und Schulverweigerung. Die Schulen selbst signalisieren verstärkt Hilfebedarf. Ein weiterer Interviewteilnehmer schätzt, dass die Zahl der Fälle mit komplexem Hilfebedarf im Laufe seiner Tätigkeit als Sozialarbeiter um ca. 30% zugenommen hat. Er sieht vor allem das Problem, dass Eltern meist viel zu spät zugeben können, Hilfe zu benötigen. Hinzu komme, dass Kinder und Jugendliche bei Schlagworten wie Klinik, Therapie oder psychologische Betreuung „dicht machen“ und nichts davon wissen wollen.

„Eltern kommen erst, wenn sie ihre Kinder kaum noch erreichen und das gesamte Familienleben durch dieses Kind massiv gestört ist, und dann ist es zu spät, weil die Beziehungsstörungen schon zu verfestigt sind.“

Zu einer abwägenden Einschätzung auf die Frage, ob sich der Anteil Jugendlicher mit komplexem Hilfebedarf erhöht hat, kommt der in der folgenden Passage zitierte ASD-Mitarbeiter:

„[...] da würde ich ein vorsichtiges Ja sagen. Wobei wir aber noch mal sagen müssen, das gab's schon immer, solche besonderen Fälle, wo ein besonderer Hilfebedarf besteht. Ich kann das nicht zahlenmäßig belegen. Aber die Fälle erscheinen mir heute besonders kompakt. Also, ich arbeite jetzt hier seit 15 Jahren im ASD, und da gibt's fast immer noch eine Steigerung, weil neue Probleme hinzukommen. Wir haben Kinder und Jugendliche, wo die ganzen Suchtmittelgeschichten *wesentlich* früher passieren. Die Jugendlichen konsumieren Alkohol und Drogen viel früher. Eltern geben schneller auf, regulativ auf ihre Kinder einzuwirken, weil sie ihre eigenen Probleme zu bearbeiten haben (Pause). Und ich glaube, die Hoffnungslosigkeit der Eltern aus unserem Klientel – die leben in nem Sozialbezirk, der von hoher Arbeitslosigkeit betroffen ist, die Familien haben keine Zukunftsaussichten, keinen Optimismus. Sie sehen, dass sich die Situation nicht ändern wird. Ich glaube das ist es, was sich verändert hat. Früher habe ich Familien erlebt, die einfach noch so Hoffnung hatten: Also, es wird schon klappen, vielleicht krieg ich doch noch nen Job, so in der Art. Die Erfahrungen, die ich jetzt hab, das ist eher so dass die Eltern *nicht glauben*, dass ihre Situation sich bessern wird und dass es Chancen gibt.“

Frage: „Und würden Sie auch sagen, die geben das an ihre Kinder weiter?“

„Ja, es ist einfach so. Wenn Kinder das vorgelebt bekommen, wo soll die Motivation herkommen?“

Auch in der nächsten Passage geht es um Familien mit hohen sozialen Belastungen (die von uns befragte ASD-Mitarbeiterin spricht von Multiproblemfamilien), aber auch um die Rolle der Schule, die hier wie auch in zahlreichen anderen Interviews kritisch beurteilt wird.

„Also, Kinder mit komplexem Hilfebedarf – das ist eigentlich nicht mehr die Ausnahme, sondern wird fast zur Regel. Wir haben schon eine akute Zunahme von Multiproblemfamilien, oder Multiproblemfällen, wo die meisten Kinder wirklich auch einen therapeutischen Bedarf haben, nicht nur einen erzieherischen Bedarf. Und ich denke, es gibt eine Zunahme von ganz vielen Auffälligkeiten bei Kindern. Und, dass das System Schule sich weitestgehend raus hält aus wichtigen Veränderungsprozessen – also, dass von der Seite zu wenig an Angeboten da ist, diese Sachen abzufangen und dass wir, Jugendhilfe und Psychiatrie, dann oftmals Lückenfüller sind für fehlende schulische Möglichkeiten.“

Frage: „Und die Auffälligkeiten, die Sie wahrnehmen, was ist das zum Beispiel?“

„Na, das sind Kinder, die eine schwierige Sozialisation hinter sich haben und auf Grund dessen verschiedene Auffälligkeiten entwickelt haben, den Unterricht nicht durchhalten, sich nicht mit anderen auseinandersetzen können, und dass es immer in Aggressionen endet. Oder dass die Eltern selbst den Kindern gar keine Hilfestellung geben können, weil sie selber diese Geschichten schon so durchlaufen haben, also nie mal Anleitung oder so etwas erfahren haben. Dass die Kinder sich Freizeitbereichen zuwenden, die schwierig sind [...], rumhängen, zeitig zum Alkohol greifen, zeitig auch anfangen zu rauchen und mit Gruppen unterwegs sind, die einfach viel Blödsinn machen, zerstörerisch und so weiter. Also, die Freizeitgestaltung, die einfach nicht mehr gesteuert ist, gelenkt ist durch die Eltern, sondern die einfach viel sich selbst überlassen sind [...] und dann mit Dingen in Kontakt kommen, die überhaupt nicht altersgemäß sind. Also, ein Zwölfjähriger, der schon alles weiß über Sexualität oder der Mutter über den Mund fährt, so dass die Eltern nicht mehr hinterher kommen. Relativ hilflose, überforderte Eltern, die dann sagen: Also, ich kann nicht mehr, der muss jetzt hier in die Psychiatrie, und wenn der wiederkommt, dann nehmen Sie den mal bitte in Heimbetreuung.“

Frage: „Nehmen Sie da einen Unterschied zwischen Jungen und Mädchen wahr?“

„Ja, viel mehr Jungs – also, die so *nach außen* agieren. Die Mädchen machen das ja anders, die werden nicht so entdeckt oder *sind* nicht so, nicht so auffällig. Die Jungs schon [...]. Also, bis zu einem gewissen Alter sind die Kinder ja noch einigermaßen beeinflussbar und führbar. Dann ist da manchmal auch noch die Schule und der Hort so als Institution, wo man kindgerecht noch was machen kann. Aber ab einem gewissen Alter ist niemand mehr da, der in die Gegenrichtung zieht, sozusagen.“

Was schon in den bisherigen Äußerungen mehrfach anklingt, steht in der folgenden Passage im Mittelpunkt: Die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen, mit denen es die Hilfen zur Erziehung zu tun haben, sind das Ergebnis einer tief greifenden Überforderung und Hoffnungslosigkeit von Familien. Vor allem die Gleichzeitigkeit der auftretenden Schwierigkeiten stellt die soziale und erzieherische Arbeit vor Probleme: Die Auffälligkeiten der Kinder zeigen sich zum Teil viel früher als dies in zurückliegenden Perioden der eigenen Berufserfahrung erlebt wurde, und sie machen häufiger eine jugendpsychiatrische Abklärung erforderlich. Ein Mitarbeiter des ASD beschreibt dies wie folgt:

„Ich denke, dass es zugenommen hat, weil die Familienstrukturen sich ändern. Wir haben nicht diesen klassischen Erziehungsbedarf, also – es wird halt komplexer, so wie das Thema es auch sagt. Es hat sich ja gesellschaftlich viel verändert, zum Beispiel beim Thema Drogenkonsum, Delinquenz etc. Ich meine, das Einstiegsalter ist nicht mit vierzehn, fünfzehn, sechzehn, sondern das ist wirklich schon so mit elf, zwölf, manchmal geht es schon mit neun los. Also, es verschiebt sich alles nach vorne vom Alter her. Es verändert sich schon. Auch in den Familienkonstellationen spielt das ja auch mit eine Rolle [...]. Also, aktuell habe ich ungefähr dreißig Fälle, also reine HzE's und alles was da noch dranhängt. Und ich denke, ‚komplexer Hilfebedarf‘ – das ist schon die Hälfte. Ich würde jetzt nicht sagen, dass da überall die Psychiatrie mit drin hängt, aber vom Thema her, was *bearbeitet* werden muss und wo es vielleicht auch von der ambulanten in die stationäre Hilfe geht, sind es ungefähr die Hälfte [...] Ich habe die Erfahrung gemacht, dass man bei jüngeren Kindern eher ins Gespräch kommen kann und sagen kann: Okay, wir können uns für die Familie das und das vorstellen [...], also bei jüngeren Kindern, da

läuft das, da habe ich auch eine gute Erfahrung gemacht. Da macht das auch Spaß, da kommt auch was zurück, aber im Teenageralter und bei Jugendlichen ist es ganz, ganz schwierig.“

Ähnlich wird unsere Frage nach der quantitativen und qualitativen Entwicklung des komplexen Hilfebedarfs von einer weiteren Fachkraft des ASD beantwortet. Im Laufe der folgenden Passage gibt sie von ihren Erfahrungen mit diesem Thema eine differenzierte Beschreibung, in der unterschiedliche verhaltensbezogene und diagnostische Aspekte des Problems angesprochen werden. Auch hier überwiegt die Überzeugung, dass die Probleme dieser Klientel ebenso wie die Probleme ihrer pädagogisch-therapeutischen Betreuung in letzter Zeit erheblich größer geworden sind.

„Tendenziell steigt das auf jeden Fall. Also, ich habe in den letzten Jahren, vor allem in den letzten drei Jahren, sehr viel mit der Psychiatrie zu tun gehabt.“

Frage: „Also, Sie sagen, diese Gruppe steigt stetig an?“

„Ja. Diese massiven Verhaltensauffälligkeiten, die die Kinder haben – die so stark sind, dass sie mit Hilfen zur Erziehung nicht gelöst werden können, sondern wirklich ein therapeutisches Problem haben.“

Frage: „Können Sie sagen, woran Sie das festmachen, dass Sie sagen, es ist ein komplexer Hilfebedarf und das sind definitiv schwerwiegende Problemfälle?“

„Na ja, wenn also massive Gewalt gemeldet wurde, meistens von Seiten der Stadt oder vom Kindergarten, [...] also wo jemand so doll geschlagen wird, dass er ins Krankenhaus kommt oder so, mit Messern und so weiter, wo die Schule keinen Einfluss hat. Darunter zähle ich auch, wenn Eltern Suchterkrankungen haben und dann natürlich auch sehr ambivalent mit ihren Kindern sind. Ein komplexer Hilfebedarf ist es, wenn eben auch massive Interaktionsstörungen festgestellt wurden, vielleicht über eine Hilfe zur Erziehung, wo man sagt: Das ist ambivalent.“

Auch weitere von uns befragte Fachkräfte des ASD äußern sich in diesem Sinne. Auffällig erscheint dabei vor allem die Häufung von Beobachtungen zur Ausdifferenzierung bzw. Auffächerung von Problemlagen. Dem entsprechend haben es die erzieherischen Hilfen bei der Fallbetreuung nicht nur mit einer einzigen Person, sondern mit mehreren direkt oder indirekt beteiligten Personen zu tun. Auch die häufige Erwähnung der Psychiatrie als wichtigem Bezugspunkt von Diagnose und Hilfeplanung gehört zu den auffälligen Merkmalen, die sich bei der Durchsicht unserer Interviews zeigen. Die folgenden Passagen aus Gesprächen mit zwei weiteren ASD-Mitarbeitern nehmen ebenfalls darauf Bezug. Im zweiten Beispiel wird dabei explizit auch das Thema geschlossene Unterbringung erwähnt, das in der Fachdiskussion über komplexen Hilfebedarf aus mehreren Gründen eine besondere Rolle spielt und auch an anderen Stellen unserer Gespräche wiederholt angesprochen wurde:

„Wir arbeiten viel mit der Psychiatrie zusammen. Die Schulproblematiken häufen sich ganz massiv, teilweise sind die Schulen hier in Leipzig am Ende, selbst Schule für Erziehungshilfe – es gibt nichts Adäquates, die haben teilweise auch schon das Handtuch geschmissen. Die Psychiatrie ist ein bisschen besser geworden“.

„Nein, also ich habe schon den Eindruck, dass sich das verändert hat, dass es zum Teil wirklich sehr viel komplexer ist; dass wir ja angehalten sind, erst mal die familienunterstützende und ambulante Hilfe zu installieren und dann oft auch feststellen, dass diese Hilfe einfach nicht ausreicht und dann als nächstes eine stationäre Hilfe erfolgt und zum Teil wirklich sogar noch mit geschlossener Unterbringung, ja. Also, sehr problembehaftet in alle Richtungen. Was früher vielleicht mal Erziehungsfragen waren, das sind jetzt die familiären und finanziellen Engpässe. Weiter geht es mit der Lebens-

mittelsituation, mit fehlender Hortbetreuung etc. Dann die Gesundheitsfürsorge – ein großes Thema, was früher, denke ich, einfach noch abgedeckt wurde. Und was jetzt auch noch dazu kommt: Arbeitslosigkeit, also wirklich über die Jahre. Ich kann sagen, sechs Jahre bin ich jetzt beim ASD – ist schon eine Verlagerung [...] Mehr Probleme in der Familie und vielschichtiger“.

Ein Aspekt, der in unseren Gesprächen ebenfalls häufig angesprochen wurde und auch in der folgenden Passage eine Rolle spielt, bezieht sich auf die gestiegene Sensibilisierung der Kinder- und Jugendhilfe, wie sie sich aus den intensiven Diskussionen zum Problem der Kindeswohlgefährdung ergeben hat. Die hier befragte ASD-Mitarbeiterin gibt an, dass sie etwa 30 Familien zu betreuen hat; darunter ca. fünf, bei denen mehrere Hilfeformen bzw. wiederkehrende Hilfen notwendig werden. Über diese Familien äußert sie sich wie folgt:

„Und das geht ja nicht, von null bis achtzehn Jahren ununterbrochen Jugendhilfe, das soll eben immer nur vorübergehend begleitend sein, mal ein Ausstieg, dann nach zwei Jahren mal wieder ne Hilfe, weil eben das nächste Kind Probleme und Auffälligkeiten zeigt [...] Wer kommt auf uns zu? Entweder die Klinik oder die Schule – meistens aber eben Verhaltensauffälligkeiten im schulischen Bereich; seltener, dass die Eltern kommen und sagen: Wir können nicht mehr.“

Frage: „Würden Sie jetzt auch sagen, dass diese Gruppe stark angewachsen ist?“

„Ja, es geht in diese Richtung. Inwieweit das nun auf die Kindeswohlgefährdungen (zurückgeht), dass also alle hellhöriger sind und diese Informationen eher zu uns kommen [...] - also, es guckt doch jetzt jeder ganz anders darauf oder ist sensibilisierter und sagt: Ja, das müsste man dem Jugendamt melden. Und dann müssen wir ja auf alle Fälle erst mal los und gucken, wenn die Familie nicht bekannt ist“.

Abschließend für diesen Bereich zitieren wir eine Gesprächspassage aus dem Feld der Jugendgerichtshilfe, in der auf die Erfahrung erzieherischer „Grenzen“ Bezug genommen wird. Eltern, so wird berichtet, geraten nicht nur an ihre Grenzen, weil sie sich von der Erziehung ihrer Kinder überfordert fühlen, sondern oft auch deswegen, weil sie ihre Hemmschwellen beim Artikulieren von Hilfebedarf nicht überwinden können – auch dies eine Aussage zum Problem der psychischen und sozialen *Erschöpfung* dieser Familien, wie sie in der aktuellen Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums (2009) beschrieben wird (s.o.):

„Also, ich würde sagen, das ist bei uns jetzt schon seit zwei, drei Jahren eine steigende Tendenz. Wir haben zwar weniger Fälle jetzt insgesamt, aber dafür eben mit massiveren Auffälligkeiten, ja.“

Frage: „Was sind das für Auffälligkeiten?“

„Viele kommen mit Verhaltensauffälligkeiten, kommen erst mal in der Schule nicht klar; dann (Auffälligkeiten) psychischer Art, Schulbummelei und dann auch viel Hyperaktivität [...], wo die Eltern einfach auch an Grenzen geraten und oft auch zu spät signalisieren, dass hier eigentlich Hilfe vonnöten ist. Also, viele Eltern haben auch ein Problem, diese Hemmschwelle zu überwinden: Wo gehe ich hin, um mir Hilfe zu holen?“

Frage: „Würden Sie in der Jugendgerichtshilfe sagen, das sind andere Fälle als die vom ASD?“

„Nicht unbedingt, nein. Das sind keine anderen Fälle. Bei uns ist lediglich der Unterschied: Wir kriegen sie erst mit vierzehn. Das ist der große Unterschied, dass wir nicht vorher einhaken können, wo wir eigentlich sagen: Da hätte schon viel eher etwas passieren müssen.“

5.2 Wahrnehmungen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Auch in unseren Interviews mit MitarbeiterInnen aus dem Bereich der KJPPP wurde gefragt, wie sich die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf darstellt und welche Veränderungen hier wahrgenommen werden. Schon die erste im Folgenden zitierte Passage enthält dazu Aussagen, wie sie auch in anderen Gesprächen wiederholt geäußert wurden.

„Also ich nehme erst mal wahr, dass es immer mehr werden, die einen Bedarf (gemeint: komplexer Hilfebedarf) haben. Ich habe wirklich das Gefühl, dass immer mehr Kinder zu uns kommen, wo es einfach nur um fehlende Strukturiertheit im Elternhaus geht, dass es sozusagen Defizite gibt bezüglich des Verhaltens und letztendlich dann eine *Symptomatik* entsteht. Da gibt es natürlich verschiedene Phantasien, Medienkonsum und so weiter. Es ist eben leichter, die Kinder vor dem Fernseher abzulegen als etwas mit ihnen zu tun, dadurch gibt es natürlich weniger Interaktion [...]. Und manche Eltern merken es eben erst später, wenn Kinder sie mit dem Messer bedrohen um mehr Taschengeld zu bekommen oder so. Dann ist vielleicht doch der Zeitpunkt, wo man mal gucken sollte, ob was falsch läuft.“

Eine in der Tendenz ähnliche Einschätzung enthält die folgende Passage:

„(Die Kinder sind) komplexer gestört. Wir machen ja diese multiaxiale Verschlüsselung⁴, und die Störungen liegen immer mehr auf allen möglichen Achsen. Also, es ist einfach komplexer. Und was ich auch wahrnehme, ist ebenso eine Veränderung in der Eltern- generation. Inkompetentere Eltern, hilflosere Eltern – das merken wir immer wieder. Verunsicherte, psychisch kranke Eltern, jede Menge. Das ist einfach so – also das ist ja die fünfte Achse... Bei den Drogen, da gibt es eine Veränderung im Drogen- konsummuster. Wir hatten vor zehn Jahren überwiegend Heroinabhängige, und jetzt sind wir eher bei Kiffen und Alkohol angelangt. Also das ist auch eine Veränderung zu verzeichnen, hin zu Billigdrogen und Massenkonsum.“

Frage: „Können Sie da einen Unterschied ausmachen zwischen Jungen und Mädchen?“

„Da gibt es keinen großen Unterschied, [...] eigentlich fifty fifty. (Aber) die Mädchen, die uns kommen, sind in einem schlechteren körperlichen Zustand. Also, das sehen wir auch, viel, viel Gewalt in Familien, viel Verwahrlosung, und: Hilflose Helfer. Das fällt uns auch auf – wenn man das mal so zusammenfassen kann.“

Sozialarbeiterin in der KJPPP: „Weniger geworden ist es auf keinen Fall. Ich würde jetzt aus dem Bauch heraus sagen, es ist mehr geworden, komplexer, geballter. Wir Sozialarbeiter sind ja zu dritt im Zimmer, und da tauscht man sich ja auch aus, sowohl wenn man Frust hat als auch wenn man positive Erfahrungen gemacht hat – und da kommen wir immer wieder unabhängig voneinander darauf zu sprechen – wo wir dann sagen, meine Güte [...]“

Die folgenden Auszüge aus Gesprächen mit ärztlichen und pädagogischen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der KJPPP bringen eine Vielzahl von Aspekten zur Sprache, die sowohl die diagnostische Einschätzung der Klientel als auch die Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie betreffen. Zunächst geht es um eine Einschätzung zu der Frage, in wie vielen Fällen die in der KJPPP betreuten Jugendlichen zugleich auch Hilfen vom Jugendamt erhalten bzw. benötigen. Im Anschluss daran zitieren wir eine Reihe von Einschätzungen aus ärztlicher bzw. therapeutischer Sicht, die sich auf den familiären Hintergrund und die Diagnosen der Jugendlichen beziehen. Im weiteren Verlauf werden auch Gesichtspunkte wie die mögliche „Vorverlagerung“ behandlungsbedürftiger

⁴Psychische Störungen werden nicht allein nach dem Vorliegen des klinischen Syndroms diagnostiziert, sondern anhand mehrerer "Achsen" beschrieben.

Auffälligkeiten, das Problem der Freiheitsentziehenden Maßnahmen sowie die unterschiedliche Symptomatik bei Mädchen und Jungen angesprochen. Insgesamt enthalten die Aussagen, die nachfolgend ohne Zwischenkommentare zitiert werden, nach unserer Einschätzung eine kondensierte Beschreibung von Wahrnehmungen, die die jugendpsychiatrische Perspektive zur Frage des komplexen Hilfebedarfs betreffen. Diskussionsbedarf signalisiert unter anderem die abschließende Passage, in der es um das alte Problem der Unterscheidung von „psychiatrierelevanten“ und „jugendhilfe-relevanten“ Problemen bzw. Auffälligkeiten geht.

„Die meisten, die hier bei uns sind, brauchen auch Hilfen vom Jugendamt, wobei sie nicht immer bereit sind, den Schritt zum Jugendamt auch zu gehen und dort Hilfe in Anspruch zu nehmen [...]. Im Prinzip ist es jeder dritte Patient, der auch irgendwo schon Kontakt mit dem Jugendamt hat.“

„Ich habe auf der Drogenstation angefangen, und dort treten sie (Fälle mit komplexem Hilfebedarf) einfach in einer recht geballten Zahl auf [...]. Von meinem Gefühl her würde ich schon sagen, dass es eine Zunahme gegeben hat an Patienten, wo der komplexe Hilfebedarf aus unserer Sicht – aus medizinischer und psychiatrischer Sicht gegeben war. Auf der Tagesklinik ist das Klientel ein bisschen anders, da sind die Familienverhältnisse eher stabiler [...]. Aber wie es auf der Drogenstation läuft, ist es sogar noch weiter gestiegen. Also – dass es da schon Entwicklungen gab in den letzten Jahren in Richtung: *mehr* Fälle und auch *komplexere* Fälle, weil die Familienverhältnisse teilweise wirklich desaströs gewesen sind.“

„Aber was ja noch auffallend ist: dass die Patienten noch jünger wurden, dass sie jünger auffällig waren. Also, am Anfang hatte ich viele Sechzehnjährige und gegen Ende waren es auch viele Vierzehn- und Fünfzehnjährige.“

„Wir haben ja, wenn man das so sieht, eine Negativauswahl. Das heißt, wir sehen prinzipiell Kinder, die ein psychiatrisches Störungsbild haben. Direkt auf unserer Station ist es eine Kombination: Die haben eine psychiatrische Grunderkrankung und sind noch abhängig dazu. Das heißt also, dass die Kinder, die wir hier haben, fast alle eine Doppeldiagnose haben. Abhängigkeit ist ja nicht *nur* das Hauptproblem, sondern das setzt sich auf eine Grundstörung drauf – von dieser Seite her haben wir natürlich viele Jugendliche [...] Also, ich persönlich empfinde, dass die psychiatrischen Störungen tief greifender sind. Wir haben mehr Persönlichkeitsstörungen als früher und mehr traumatisierte Kinder und Jugendliche. Ob das jetzt daran liegt, dass die Diagnostik besser ist oder ob das daran liegt, dass die mehr Traumata erleben, sei jetzt mal dahingestellt.“

„Die Symptome sind extremer, die Symptomatik. Wir haben viel mehr Jugendliche da mit Beschluss, das kann man nachweisen. Es ist sowieso schwierig, in dem Alter eine Krankheitseinsicht zu haben und eine Behandlungsbereitschaft. Aber das ist tendenziell mehr geworden, dass die Eltern dann zum Richter gehen und dass die Einlieferung über einen familienrechtlichen Beschluss passiert. Das haben wir hier auf jeden Fall. Das heißt: Die laufen mehr weg, die konsumieren zeitig Drogen – und die konsumieren sehr riskant, so dass dann halt mehr Richter sich entschließen und sagen: Dann mache ich einen Beschluss zur Freiheitsentziehung.“

Frage: „Sie haben also mehr Jugendliche mit Beschluss hier?“

„Mehr. Das ist eindeutig.“

Frage: „Und gibt es da Unterschiede die Geschlechter betreffend?“

„[...] tendenziell mehr Jungen, weil die Jungen eher die Symptomatik der Aggressivität und der Kriminalität aufweisen. Die fallen dann einfach eher auf, während die Mädchen – da geht das dann mehr ins Autoaggressive. Also, ich denke nicht, dass Mädchen weniger Störungen haben, aber das fällt nicht so häufig auf [...]. Und von den freiheitsentziehenden Maßnahmen, denke ich mal, dass es eine ganze Menge Jungen sind.“

„Das hat ja nichts mehr damit zu tun, dass man als Jugendlicher irgendwie seine ‚altersentsprechenden Entwicklungsschritte‘ machen kann. Das ist nur noch daneben, es ist sozusagen eine Ansammlung von pädagogisch schwerst gestörten Jugendlichen, die dazu noch eine psychiatrische Diagnose haben, das ist schwierig [...]. Es gibt Tendenzen: Der Hilfebedarf wird höher, und wir haben sehr viele auffällige Kinder und Jugendliche, die intensivpädagogische Betreuung benötigen, wo es in Leipzig schwierig ist.“

Frage: „Würden Sie sagen, das sind die ‚mehrfach Auffälligen‘, die es ja schon immer gab? Was zeichnet diese Gruppe gegenwärtig besonders aus?“

„Das stimmt schon, diese Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf gab es schon immer. Nur gibt es (heute) vielleicht noch mehr Problembereiche, die noch *zusätzlich* da sind.“

Frage: „Also würden Sie sagen, es sind schon alte Diagnosen, aber es gibt eine neue Gemengelage, es kommen mehr Sachen dazu?“

„Ja, es gibt aber auch neue Tendenzen wie ADHS, schon seit Jahren, oder auch die Borderline-Symptomatik, was immer häufiger diagnostiziert wird [...]. Bei den Jüngeren entstehen teilweise Probleme, die es (früher) eigentlich nur bei den Älteren gab. Dass es da zu Auffälligkeiten kommt, die sonst eher bei den *Jugendlichen* anzutreffen waren. Aber im Großen und Ganzen sind es die alten Probleme, die eigentlich schon lange *jugendhilfespezifisch* sind.“

5.3 Wahrnehmungen aus Sicht der Schule

Wie auch an zahlreichen weiteren Stellen dieses Berichts deutlich wird, bildet die Schule im Kooperationsdreieck Jugendhilfe/KJPPP/Schule insofern einen empfindlichen Punkt, als sie mit den Problemen des komplexen Hilfebedarfs einerseits oft schon früher konfrontiert ist als zum Beispiel die Jugendhilfe, für eine intensive und personalaufwendige Bearbeitung dieser Probleme aber nur sehr eingeschränkte Ressourcen besitzt. In den folgenden Passagen aus Gesprächen mit Lehrerinnen und Schulsozialarbeitern werden Wahrnehmungen berichtet, die den Eindruck einer Zunahme schwieriger Verhaltensauffälligkeiten bestätigen, aber auch differenzieren. Besonders aufschlussreich erscheint in diesem Zusammenhang eine Passage, in der ein Interviewpartner die Befürchtung äußert, im Umgang mit den massiven Auffälligkeiten einiger Kinder „etwas falsch machen zu können“, und für solche Fälle die Notwendigkeit psychologisch-therapeutischer Unterstützung unterstreicht. An einer anderen Stelle ist von der Hilflosigkeit die Rede, mit der sich Lehrer bei bestimmten problematischen Verhaltensweisen von Schülern konfrontiert sehen. Von der befragten Lehrerin werden diese Verhaltensweisen mit einer weiteren Wahrnehmung in Verbindung gebracht: Nach ihren Beobachtungen kommen immer mehr Kinder mit „unsicheren Bindungen“ in die Klassen, die sich schwer auf Erwachsene einlassen können und bei denen es zum Teil sehr lange dauert, bis eine Vertrauensbasis entstehen kann. Im ersten der folgenden Beispiele ist davon die Rede, dass sich vor allem bei Jungen und Mädchen der unteren Klassen ein verstärkter Hilfebedarf abzeichnet.

„Also seit zwei Jahren circa muss ich feststellen, dass der Hilfebedarf in den unteren Klassen zunimmt. Ab Klasse zwei, drei, vier ist der wirklich ganz hoch geworden – also die Anzahl der Einzelfälle, wo einfach eine ganz intensive Einzelhilfe rein muss in die Familien, und wo auch wirklich schlimme Sachen passieren. Ab Altersklasse fünf ist der Hilfebedarf eigentlich gleich geblieben [...]. Es gibt eine Zunahme bei den kleineren Kindern, absolut – eigentlich in einem wahnsinnig großen Ausmaß.“

Frage: „Können Sie sagen, was das für Probleme sind?“

„Also zum Beispiel sexueller Missbrauch. Die wandern auch in die Psychiatrie, die Kinder. Gerade die kleinen Mädchen – das hatten wir jetzt erst. Dann: Vernachlässigung, wo also die Versorgung nicht mehr gewährleistet wird von den Eltern. Emotionale Vernachlässigung. Also es geht wirklich alles in Richtung Kindeswohlgefährdung. Die Kinder werden nicht mehr mit notwendigen Arztterminen versorgt, die Eltern stellen keine Folgeanträge Hartz IV und so weiter, lassen sich eben gehen – und darunter leiden eben die Kinder.“

Ähnliche Beobachtungen enthalten die folgenden Passagen aus einem Gespräch, in dem sich eine Lehrerin und eine Schulsozialarbeiterin über ihre Erfahrungen mit komplexem Hilfebedarf äußern und auch Überlegungen zu den Gründen und Hintergründen der Probleme formulieren.

„Ich bin jetzt seit vier Jahren in der Schule und bin seit drei Jahren Klassenleiter. Ich habe das Gefühl, dass es *mehr* Kinder in meiner Klasse sind, die einen *komplexeren* Hilfebedarf haben als am Anfang [...]. Vom Gefühl her würde ich dem zustimmen.“

Schulsozialarbeiterin: „Also ich würde es auch so sehen. Ich bin zwölf Jahre hier an dieser Schule und kann nur sagen und bestätigen, dass diese Auffälligkeiten wesentlich stärker geworden sind, also einfach an Komplexität zugenommen haben. Was ich in letzter Zeit zunehmend sehe, sind psychisch kranke Eltern. Das ist ein ganz großes Problem, dem sich dringend mal irgendjemand zuwenden müsste – mit einer Studie oder dergleichen [...].“

Lehrerin: „Also ich mach da eine Unterscheidung, wo ich sage: Bei (bestimmten) Kindern kann ich mit pädagogischen Möglichkeiten wirklich was erreichen und vorankommen. Aber es werden immer mehr Kinder, die schon mit (erheblichen psychischen Problemen) bei uns ankommen. Wo ich wirklich sage, dort sind meine pädagogischen Maßnahmen hier einfach begrenzt, dort komme ich nicht weiter – dort bin ich zwar als Schule ein Teil, aber nur ein ganz geringer Teil. Dort müssen einfach wirklich Therapeuten und Psychologen ran, weil dort hebe ich die Arme und sage: Ich will da auch nichts falsch machen. Also, das ist so der Punkt bei mir, wo ich sage: Es werden deutlich mehr Kinder, die wirklich auch massive psychologische und psychiatrische Auffälligkeiten und Probleme haben, wo sich das zum Teil auch von den Familien her mit durchzieht.“

Schulsozialarbeiterin: „Ich denke, es kommen auch immer mehr Kinder an mit relativ unsicherer Bindung. Es gibt wenige Kinder, die eine sichere Bindung aufweisen [...]. Also das zieht sich als Faden von frühester Kindheit durch, dass die Kinder gelernt haben: Bindungen sind nicht sicher – dass sie so ihr eigenes Gefüge haben, und sie können sich schwer auf Erwachsene einlassen. Das dauert ganz, ganz lange, bis die so eine Vertrauensbasis geschaffen haben, weil sie eben immer vermuten: Wenn es so weit ist, dann ziehen die (Erwachsenen) sich eben wieder zurück [...] Ich sehe das auch in einer politischen Richtung. Ich glaube, dass wir generell – ob Uniklinik, Parkkrankenhaus oder ASD – zunehmend mit schwierigen, komplexen, schweren Fällen von Familien zu tun haben. Und es muss auch irgendwie (politisch) transparent gemacht werden, dass es so ist. Denn einer allein kann nicht den Arm heben und sagen: So ist es hier.“

In den folgenden Auszügen beschreiben die interviewten PädagogInnen die Verhaltensauffälligkeiten dieser Kinder und Jugendlichen als vereinnahmend und distanzlos, an einer anderen Stelle – mit Blick auf das familiäre Umfeld – auch als verwahrlost. Ein Problem sind dabei vor allem Eltern, bei denen keinerlei Bereitschaft besteht, die „Vorbedingungen für Schule“ zu schaffen und Lehrer bei ihrer Arbeit zu unterstützen. Die in der ersten Passage aus einem Gespräch mit zwei Lehrerinnen zitierte Bemerkung, die Schwierigkeit liege weniger in der Anzahl als in der Intensität der Problemfälle, macht noch einmal deutlich, dass „exakte Zahlenangaben“ zur Entwicklung des komplexen Hilfebedarfs nicht möglich sind. Umso wichtiger erscheint es, die *qualitativen*

Ausprägungen des Phänomens, von denen in den zitierten Passagen die Rede ist, zu registrieren und einzuordnen.

Lehrerin 1: „Also, ich würde einschätzen: Die Anzahl der Fälle an sich ist nicht größer geworden. Wir hatten schon immer viele Kinder mit schwierigen Bedingungen, aber die Komplexität der Problemlagen, die wird immer größer. Und die Anzahl der Schüler mit so richtig schwierigen Lebenslagen, das macht uns richtig Probleme in der Schule, weil wir mittlerweile in jeder, aber wirklich in jeder Klasse mehrere Schüler haben, die so schwierig sind, dass man also wahnsinnig viel Zeit dafür aufwenden muss, dieses Rundherum, was neben der Schule noch läuft, überhaupt zu koordinieren.“

Lehrerin 2: „Schlimm finde ich immer diese Distanzlosigkeit, dass die sich Sachen rausnehmen, die sie früher nie gewagt hätten. Wie in diesem einen Fall (Name des Jugendlichen), der hat da Sachen abgezogen, das kann man eigentlich gar nicht fassen [...]. Die haben dort die Frauen übelst beschimpft. Man steht dann da – ich bin dann so perplex, weil ich nicht damit gerechnet hab, am Anfang zumindest nicht. Dann war ich schon ein bisschen hellhöriger und wachsamer. Aber was für mich eben schlimm ist, das ist unsere Hilflosigkeit. Was *machen* wir?“

Lehrerin 1: „Also ich bin ja hier an der Schule auch Beratungslehrer. Und genau das kommt natürlich bei mir (gehäuft) an, dass neben den Lernproblemen, wegen derer die Schüler ja zu uns an die Schule kommen, die *Verhaltensproblematiken* eine Riesenrolle spielen. Das heißt, dass die Kinder so völlig distanz- und respektlos sind und wir bei den Eltern auch überhaupt keine Unterstützung mehr bekommen. Und dadurch eskalieren natürlich manche Sachen. Hinzu kommt, dass also bei einem ganz großen Teil der Schüler bzw. in den Elternhäusern komplett die Bereitschaft fehlt, Vorbedingungen für Schule zu schaffen: Arbeitsmittel bereit zu stellen, Ranzen zu kontrollieren, Hausaufgabenhefte zu kontrollieren – also das, was im Vorfeld eine ganz normale Aufgabe des Elternhauses ist. Ich sage mal, wir erwarten gar nicht, dass Hausaufgaben mit den Kindern gemacht werden, aber so diese ganz normale Bereitstellung für schulische Sachen. Es ist ein riesengroßer Anteil von Eltern, wo das überhaupt nicht mehr passiert.“

Lehrerin 2: „Obwohl sie zu Hause sind, das ist ja das Schlimme.“

Lehrerin 1: „Teilweise wollen die Eltern das nicht, aber teilweise *können* sie auch nicht. Obwohl wirklich mitunter beide Elternteile, wenn es denn beide gibt, zu Hause sind. Aber es ist mit so einem Desinteresse an ihren eigenen Kindern, so eine Verwahrlosung [...] Und das ist das, wo wir total an Grenzen stoßen.“

Lehrerin 1: „So, und dann haben wir natürlich einen zunehmend höheren Anteil von Kindern, die eben nicht, ich sage mal so: diese typische Lernbehindertenkategorie sind, die also zunehmend sprachliche Schwierigkeiten haben, wo Verhalten, Motorik ganz stark beeinträchtigt sind. Diese Mehrfachbehinderung spielt zunehmend eine Rolle, weil die Kinder einfach so mangelhaft gefördert sind, dass sie also diese grundlegenden Voraussetzungen für Schule überhaupt nicht haben. Teilweise haben wir Kinder in den unteren Klassen, die eine Sehschädigung haben, und wo die Eltern sich nicht darum kümmern, dass eine Brille getragen wird. Die gehen einfach nicht zum Augenarzt. Das sind so diese Begleiterscheinungen, die machen das einfach unwahrscheinlich schwer. Und das kommt dann natürlich auch bei mir als Beratungslehrer an, weil die Kollegen irgendwann sagen: Ich bin so hilflos, ich weiß nicht mehr, was ich machen soll.“

Auch im letzten Interviewauszug, den wir in diesem Zusammenhang zitieren, äußert sich ein Lehrer aus dem Bereich der Mittelschule zum Zusammenhang von Verhaltensauffälligkeiten und familiären Defiziten. Kindern mit komplexem Hilfebedarf, so fasst er seine Erfahrungen zusammen, fehlt insbesondere die Fähigkeit, Regeln einzuhalten. Vordringlich sei dabei aber die Frage, wie man die Eltern erreichen kann, um auf die Erziehung dieser Kinder überhaupt noch Einfluss zu nehmen – aber auch: wer für diese Aufgabe eigentlich zuständig ist. Der Schluss dieser Passage wirft mit der Bemerkung,

viele LehrerInnen könnten den für den Umgang mit mehrfach belasteten Kindern und Jugendlichen erforderlichen „Kraftaufwand“ nicht (bzw. nicht mehr) leisten, eine der Grundsatzfragen auf, um die es bei der Diskussion über komplexen Hilfebedarf geht.

Lehrer: „Es hat sehr, sehr stark zugenommen, aus meiner Sicht – Verhaltensauffälligkeiten, die sich in vielerlei Hinsicht äußern. Meine Auffassung dazu ist, dass Schüler verstärkt *unerzogen* in die Schule kommen und wir hier in der Mittelschule kaum noch Möglichkeiten haben, das großartig zu verändern.... Man kann nur ein bisschen lenken, ein bisschen steuern, aber gravierende Veränderungen können wir hier *nicht* mehr vornehmen. Und unser Problem aus meiner Sicht ist, dass wir eigentlich erst die Eltern erziehen müssten, um Veränderungen an den Kindern vorzunehmen. Und das ist nicht unsere Aufgabe [...].“

Frage: „Und finden Sie, dass sich das vom Alter her verändert hat, dass die schwierig werden? Also, dass das jetzt früher anfängt?“

Lehrer: „Ja, auf jeden Fall. Auf jeden Fall!... Wenn ich zum Beispiel mit Grundschullehrern ins Gespräch komme, also die bestätigen das ganz stark – dass es dort jetzt Probleme gibt, die es vorher zig Jahre in der Grundschule nicht gab. Dass also Grundschüler schon in den kleinen Klassen unentschuldigt beim Unterricht fehlen – also das nimmt verstärkt zu. Und andere Dinge [...]. Es gibt von häuslicher Seite aus keine Normen, keine Regeln. Und dann hast Du als Lehrer, der eben versucht, Regeln einzuhalten und daran interessiert ist, dass die *eingehalten* werden, das Problem. Ich kann Regeln einführen, aber wenn ich mich nie wieder danach richte und die eben auch nicht durchsetze, dann habe ich verloren. Da mache ich mir das Arbeiten selber schwer, und das kostet Kraft. Immer wieder neu – aber es zahlt sich meiner Meinung nach aus. Und das Problem ist, dass es eine Menge Lehrer gibt, die diesen Kraftaufwand nicht bringen.“

6. „Es ist ein gutes Arbeitspapier, aber...“: Die Leipziger Kooperationsvereinbarung im Urteil der Fallbeteiligten

„Ziel der Vereinbarung ist es, die notwendige Kooperation so strukturiert zu beschreiben und miteinander zu regeln, dass sie als Leitfaden für alle beteiligten Institutionen und Dienste dienen kann. Es werden Verfahrensregelungen formuliert für den konkreten Einzelfall, bei dem die beiden Institutionen [...] involviert sind bzw. sich durch die Arbeit mit dem Kind/Jugendlichen und seiner Familie/den Sorgeberechtigten Schnittstellen in der Kooperation der beiden Professionen ergeben.“

So wird das Ziel der Kooperationsvereinbarung in der Präambel des Textes beschrieben. Als gemeinsame Aufgabe gilt vor allem der Versuch, dem Kind bzw. Jugendlichen die notwendigen und geeigneten Hilfen in gemeinsamer Verantwortung zu gewährleisten. Maßgebliche Anhaltspunkte für eine gelingende Kooperation laut dieser Kooperationsvereinbarung sind:

- Achtung der Autonomie der anderen Profession in ihrem Kompetenzbereich
- Achtung der Familie/des Personensorgeberechtigten
- Achtung weiterer Beteiligter
- Akzeptanz der jeweiligen Fachlichkeit im Sinne einer gleichwertigen Partnerschaft
- Angemessene Beteiligung aller, die einen Erfolg der zu gewährleistenden Hilfe mit bedingen können
- Berücksichtigung gesetzlicher Vorschriften, struktureller Rahmenbedingungen und finanzieller Vorgaben
- Klarheit über Verantwortung und Arbeitsaufträge
- Transparenz in den Handlungen der einzelnen Partner
- Klar definierte Fallführung
- Transparenter Sprachgebrauch

Inhalt der Kooperationsvereinbarung sind zum einen die strukturellen Regelungen zur Erfüllung von Minimalbedingungen einer verlässlichen Zusammenarbeit. Zum anderen beinhaltet die Kooperationsvereinbarung einen Leitfaden zur fallbezogenen Zusammenarbeit, der eine Abstimmung für die therapeutische Behandlung sowie für die Hilfen zur Erziehung der Jugendhilfe absichert. Grundlage bildete die Arbeitshilfe zur Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe im Kompendium „Arbeitshilfen“ des Landesverbandes Westfalen-Lippe von 2003. Eine hohe Fallzahlbelastung für die Jugendhilfe aufgrund von Personalkürzungen und Einsparungen von Präventionsmaßnahmen sowie von sinnvoll ausgestalteten Hilfen, lassen ein Fallmanagement zur Fallverwaltung werden. Der Legitimationsdruck der Kliniken gegenüber den Krankenkassen zur Verkürzung der stationären Behandlungsdauer belastet die Einzelfallebene, so dass an der Schnittstelle zwischen KJPPP und JH auch schnell „Druckstellen“ auftreten (vgl. LWL 2007, S.19). Eine Optimierung der einzuleitenden Hilfen kann nur durch eine verlässliche und selbstverpflichtende Kooperation erreicht werden. Eine Kooperationsvereinbarung bildet dafür die notwendige Basis, die eine Zusammenarbeit fachlich und rechtlich einfordert.

Gegenstand der Untersuchung war vor allem die Frage nach der Umsetzung der in der Vereinbarung festgesetzten Arbeitsschritte: Erweisen diese sich als praktikabel und effizient? Wo wird Verbesserungsbedarf gesehen? Da die Untersuchung ebenfalls auf die Entwicklung der Kooperation mit Schule abzielt, wurden die Fallbeteiligten zu

Möglichkeiten der Einbindung des Partners Schule in den Kooperationsprozess sowie in die Vereinbarung befragt. Zur Klärung der oben genannten Problemfelder wurden folgende Leitfragen für die Interviews entwickelt: Inwieweit haben sie überhaupt Kenntnis von der Kooperationsvereinbarung? Welche Zugangsmöglichkeiten gibt es? In welchem Rahmen und in welchem Umfang arbeiten sie nach dieser Vereinbarung? Welchen Stellenwert bzw. welche praktische Relevanz hat sie in ihrem Tätigkeitsfeld? Wie könnte die Schule in sie einbezogen werden?

6.1 Wie bekannt ist die Kooperationsvereinbarung?

Betrachtet man den Informationsstand sowie die Zugangsmöglichkeiten der Befragten (Hilfen zur Erziehung, ASD und Jugendgerichtshilfe sowie KJPPP⁵) zu dem Kooperationspapier, so zeichnen sich große Unterschiede ab. Einige der Befragten besaßen so gut wie keine Informationen zu diesem Thema, andere verfügten über detaillierte Kenntnisse zu den einzelnen Schritten der fallbezogenen Vereinbarungen. Teilweise sind die jeweiligen Rechte und Pflichten, die damit verbunden sind, nicht bekannt. Es wurden sogar in den Interviews Inhalte falsch wiedergegeben, beispielsweise:

„Was für mich im Prinzip die wichtigsten Punkte sind, dass das Jugendamt zu Gesprächen hier her kommt. Das klappt problemlos [...]. Dass diese Termine wahrgenommen werden, auch hier vor Ort, dass wir jetzt nicht ins Jugendamt oder in den ASD fahren müssen. Das ist so eigentlich der Punkt, den das Jugendamt erfüllen muss“ (KJPPP).

Eine Verpflichtung des Jugendamtes, zu Terminen in die Kliniken fahren zu müssen, besteht in der vorliegenden Kooperationsvereinbarung jedoch nicht. Dieser Sachverhalt hat nicht nur Auswirkungen auf die gegenseitige Abstimmung und Aufgabenverteilung der Fallbeteiligten, sondern auch auf das Verständnis von Kooperation und das gemeinsame fallspezifische Grundverständnis. Ebenfalls muss man davon ausgehen, dass damit Kooperationsprozesse bisher falsch interpretiert worden sein könnten und dass dies die Beziehungen beeinflusst hat.

Die Aussagen lassen erkennen, dass die Entwicklung, die Inhalte und überhaupt das Vorhandensein dieser Vereinbarung im Bereich des Jugendamtes, speziell des ASD und der JGH insgesamt transparent weitergegeben wurden. Dies könnte auf die festgelegten Vorgaben, wie z.B. Dienstanweisungen zurückzuführen sein. Sowohl im Jugendamt als auch in der KJPPP arbeiten einige der Befragten jedoch nicht mit der aktuellen Fassung. Folgendes Bild ergibt sich für die Bereiche des Jugendamtes, der Kliniken und der Jugendhilfeträger:

ASD/JGH: Die meisten Mitarbeiter des ASD und der JGH erhielten die Kooperationsvereinbarung über die Sachgebietsleitung. In Dienstberatungen wurde darüber gesprochen, allen Mitarbeitern ist die Vereinbarung in einem Handbuch zugänglich. Diese ist nach Aussagen der Fachkräfte als eine Dienstanweisung zu

⁵ Da die Kooperationsvereinbarung bisher auf die Leipziger Kliniken und das Leipziger Jugendamt beschränkt ist, gibt es keine Aussagen seitens der Lehrer bzw. Schulsozialarbeiter zu diesem Sachverhalt.

behandeln. Jedoch gab es immer wieder vereinzelte Aussagen, dass sich die Mitarbeiter selbst über die Vereinbarung informiert haben oder sie von Kollegen erhalten hatten. Da die Kooperationsvereinbarung bereits im September 2004 in Kraft getreten ist, liegt die Vermutung nahe, dass neue Kollegen davon auf sehr unterschiedliche Weise in Kenntnis gesetzt werden. Die „alteingesessenen“ Mitarbeiter sind bereits im Vorfeld über die Entwicklung der Kooperationsvereinbarung informiert und einbezogen worden. Dies ist aber von Sozialbezirk zu Sozialbezirk verschieden. Zum einen beklagt sich eine Mitarbeiterin, dass sie zu wenig in den gesamten Entwicklungsprozess einbezogen wurde: „Der ASD hat es dann zu sehen bekommen, als es schon unterschrieben war. Und wir haben es zur Kenntnis genommen.“ Zum anderen empfindet z.B. eine Mitarbeiterin die vielen breitgefächerten Vorinformationen, Entwürfe etc. verwirrend und als eine zusätzliche Arbeitsbelastung, wie sie sagt:

„Wir haben teilweise Empfehlungen, Entwürfe, die wir alle mitlesen sollen. Was auch eine Kapazitätsfrage ist. Ich komme manchmal nicht dazu. Entwürfe, das lege ich erst einmal ganz weg, weil das noch nicht amtlich ist. [...] Aber jeder Mitarbeiter ist seines Glückes Schmied und muss sich praktisch selber kümmern und das lesen, [...] aber da fehlt manchmal die Zeit.“

Hier stellt sich die Frage: Wie viel Transparenz ist notwendig, um in den eigenen Reihen zu einer Zusammenarbeit anzuregen, ohne diese zu gefährden? Sind *alle* Informationen entscheidend? Ein gesundes Maß an Transparenz bezieht die Fallbeteiligten mit ein, ohne sie zu überfrachten und zu verunsichern.

KJPPP: Bei den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beiden Kliniken fielen die Antworten – auf die Frage hin, wie sie von der Kooperationsvereinbarung erfahren bzw. diese erhalten haben – uneinheitlicher aus. Einige haben sich diese selbst besorgt oder die Information zu Beginn ihrer Tätigkeit in der Einrichtung erhalten. Andere wiederum haben sie bei einer themenspezifischen Einführungsveranstaltung erhalten oder sind von den Kliniksozialarbeitern darüber in Kenntnis gesetzt wurden. Während einige aktiv an der Entwicklung (und Evaluation) beteiligt waren, verfügen andere gar nicht über die Vereinbarung.

„[...] dann hab ich das immer nur gehört, dass es eine Kooperationsvereinbarung gibt, aber ich habe da nie einen Brief gesehen oder irgendetwas anderes. [...] Gut es ist vielleicht auch meins, vielleicht hätte ich mich auch mehr [...].“

Doch auch diejenigen, die über die Vereinbarung verfügen, kennen ihre Inhalte oft nicht im Detail. Sie wissen, dass es sie gibt und wissen aufgrund partieller Lektüre „ungefähr was drin steht“. Einige Mitarbeiter sind jedoch mit dem derzeitigen Informationsfluss nicht zufrieden, wie folgender Mitarbeiter deutlich macht: „Ich fände es gut, wenn es durchkommuniziert wäre, wenn die das auch alle wüssten und die Vereinbarung kennen.“ Hier bieten sich gemeinsame Veranstaltungen mit den jeweiligen Partnern an, in denen z.B. auch notwendige Modifikationen diskutiert werden können. Aber in erster Linie ist hier jede Institution selbst aufgefordert, ihre Mitarbeiter adäquat in Kenntnis zu setzen.

Hilfen zur Erziehung: Im Rahmen der Gruppendiskussion mit den fallbeteiligten Trägern der Hilfen zur Erziehung stellte sich heraus, dass diese nur in geringem Maße über die

Kooperationsvereinbarung in Kenntnis gesetzt sind. Auf Leitungsebene liegt diese zwar vor, doch wird sie mit den Mitarbeitern sehr unterschiedlich kommuniziert. Letztere werden über das Vorhandensein informiert und wesentliche Inhalte werden auch weitergegeben, aber die Erzieher und Sozialpädagogen kennen die Vereinbarung nicht im Detail. Teilweise kennen die Befragten die Kooperationsvereinbarung nicht, aber:

„[...] ich hätte die Kooperationsvereinbarung kennen müssen, ist mir fast auf die Füße gefallen, ich kannte sie aufgrund des Arbeitsumfanges nicht, und die Klinik hat darauf verwiesen. Die Kooperationsvereinbarung ist gut, auch für uns. Wir haben auch schon darauf verwiesen.“

Da sowohl die ambulanten, teilstationären als auch die stationären Hilfen zur Erziehung bei fast allen Fällen unserer Untersuchung involviert waren und diese ebenfalls in der Kooperationsvereinbarung wesentliche Rechte und Pflichten haben, ist es doch verwunderlich, dass die befragten Fachkräfte in so geringem Maße Kenntnisse von der Vereinbarung haben – ein Aspekt, der bei der Qualitätssicherung von Kooperationsbeziehungen zu beachten ist, wenn man z.B. an die weiterführenden Hilfemaßnahmen nach einer Behandlung in der KJPPP denkt.

Zu ergänzen ist, dass die fallbeteiligten Fachkräfte der Schule zwar nicht ausdrücklich zu ihrem Kenntnisstand befragt wurden, einige Mitarbeiter jedoch angaben, die zwischen Jugendamt und KJPPP geschlossene Vereinbarung nicht zu kennen. „Ich weiß nur, dass es die gibt, aber ich weiß nichts davon, jetzt inhaltlich. Also kennen, kann ich klar sagen – ich kenne sie nicht.“ In diesem Zusammenhang kam in der Abschlussfachtagung die Frage auf, inwiefern die Kooperationsvereinbarung der Öffentlichkeit ersichtlich ist. Im Sinne einer besseren Öffentlichkeitsarbeit wurde gefordert, die Vereinbarung z.B. im Internet zugänglich zu machen. Auf der „Suche nach der verlorenen Kooperationsvereinbarung“ ist es auch uns nicht gelungen, diese auf der Präsenzseite des Jugendamtes zu finden. Im Sinne einer guten Öffentlichkeitsarbeit sollte diese jedoch wie bereits erwähnt für jeden Interessenten ohne ein aufwendiges und nervenaufreibendes Suchverfahren zugänglich sein – ein Punkt, der auch von van Santen als wichtige Voraussetzung für kooperative Beziehungen bzw. eine Informationskultur bezeichnet wird. Ausschlaggebend ist, dass Informationen über bestehende Kooperationszusammenhänge und zwischen verschiedenen Einrichtungen oder Institutionen zumindest in der Fachöffentlichkeit bekannt gemacht werden. In der Praxis zeigt sich aber häufig, dass die Institutionen weder voneinander wissen noch bereits bestehende Vernetzungen zur Kenntnis nehmen. Das hängt vor allem auch damit zusammen, dass der Informationspool häufig nicht über einen bestimmten Personenkreis hinaus verfügbar ist (vgl. van Santen 2003, S.345).

6.2 Wie wichtig ist die Kooperationsvereinbarung für die Praxis?

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Kenntnisse über die Kooperationsvereinbarung liegt die Vermutung nahe, dass die Ergebnisse bezüglich der praktischen Umsetzung ebenso ausfallen müssten, d.h. dass der Stellenwert der Vereinbarung in der Praxis von „sehr hoch“ bis „sehr gering“ reichen müsste. Wir haben unsere Interviewpartner danach

gefragt, wie sie mit der Kooperationsvereinbarung arbeiten und ob es für sie möglich ist, die Schritte der fallbezogenen Vereinbarungen einzuhalten. Im Ergebnis zeichnet sich für die Bereiche ASD, JGH und KJPPP ein Bild ab, das die o.g. Vermutung bestätigt. Häufig gaben sowohl die Mitarbeiter aus dem Bereich des Allgemeinen Sozialen Dienstes, der Jugendgerichtshilfe als auch der KJPPP an, dass die Umsetzung und Einhaltung der Vereinbarung von den jeweiligen Personen abhängig ist. Dies betrifft, wie die nachfolgenden Zitate der ASD-Mitarbeiter verdeutlichen, zum einen die Selbsteinschätzung: „[...] man macht es irgendwie intuitiv und man macht es auch richtig“; „aber es klappt eben nicht immer, obwohl es in letzter Zeit besser geworden ist.“ Zum anderen haben vereinzelte Befragte diese Tendenz auch bei ihren Partnern festgestellt: „Mit manchen kann man kommunizieren, mit manchen ist es schwieriger. Schon die Erreichbarkeit von den Mitarbeitern ist unterschiedlich“ (KJPPP).

Allgemein kann aber für die Kooperationspartner ASD, JGH und KJPPP gesagt werden, dass die Zusammenarbeit zufrieden stellend verläuft, d.h. dass die Partner gewillt sind, sich an die Kooperationsvereinbarung zu halten und dies auch tun. Trotzdem tauchen immer wieder auch *Stolpersteine* auf, zum Beispiel:

- Einseitiger Informationsfluss, der es notwendig macht Informationen einzufordern („Das läuft leider nicht so, wie es auf dem Papier vereinbart ist.“ [ASD])
- Fehlende Optimierung der Helferkonferenzen
- Fehlende Zusammenarbeit bei weiterführender ambulanter Behandlung („Das steht ja eigentlich auch in der Kooperationsvereinbarung, das passiert eigentlich fast nie, habe ich den Eindruck [KJPPP])
- Verzögerung der Berichtzustellung
- Weiterleitung der Diagnosen und Abschlussberichte
- Fehlende gemeinsame Abstimmung in der Abschlussphase zur Entlassung und Nachbereitung⁶

Als Grund für die Verzögerung der Berichterstattung vermutet der ASD, dass die Kliniken zum Teil überlastet sind und Abschlussberichte nicht zum gesetzten Zeitpunkt angefertigt werden können. Ebenso konnten wir in den Interviews mit den Klinikmitarbeitern feststellen, dass einige von ihnen aufgrund der fehlenden Kenntnisse zur Kooperationsvereinbarung der Meinung sind, dass sie Abschlussberichte nicht versenden müssen, die jedoch aus Sicht des ASD für die Abstimmung der weiterführenden Maßnahmen entscheidend sind. Folgende Zitate aus Gesprächen im Bereich der Kliniken verdeutlichen dies:

„Und was ich auch nicht mache, ich schicke keine Abschlussberichte, aber ich mache sehr oft transparente Helferkonferenzen und ich *bestehe* inzwischen darauf, [...] dass ein Protokoll geschrieben wird. Entweder schreiben wir das oder der ASD-Mitarbeiter und das ist verbindlich, da muss ich nicht nochmal 1000 Berichte schreiben. Ich gebe da in der Helferkonferenz eine sehr genaue Befundbesprechung, die können sich die Diagnosen alles mitschreiben und da muss ich nicht nochmal 1000 Schreiben machen. Das ist für mich wie als hätte ich es geschrieben. Und es wird auch so in dem Protokoll festgehalten.“

⁶ KJPPP: „Also ich gehe das nicht Punkt für Punkt durch. In meinem Kopf ist eher so eine grundsätzliche Grundeinstellung, ich muss oder ich will auch mit dem Jugendamt in Kooperation bleiben und zwar von Anfang an und manchmal vergesse ich das Ende. Ich denke wir haben es eingehalten, aber ob ich das jetzt Punkt für Punkt eingehalten habe, so genau habe ich es eben gar nicht im Kopf.“

„Also wenn wir eine Hilfe wollen, machen wir immer ein Schreiben, wo die Diagnose drin ist – immer! Aber wir machen das nicht bei den Jugendlichen, zumindest nicht routinemäßig, wo sich nichts ändert und die in ihre Einrichtung wieder zurückgehen – alles beim Alten bleibt. Da mach ich nicht extra ein Schreiben fertig. Das ist nicht nötig. Aber wenn sich etwas verändern soll, dann machen wir immer ein Schreiben dazu und da ist die Diagnose mit drin.“

In der Kooperationsvereinbarung sollte daher dringend geregelt werden, wie die Helferkonferenzen im Hinblick auf die Moderation und die Dokumentation zu gestalten sind, in welchem Zeitraum, Umfang und Rahmen Abschlussberichte erstellt werden sollen und in welchen Fällen ein Abschlussbericht notwendig ist.

Auch unsere Frage nach dem praktischen Stellenwert und der alltäglichen Relevanz der Kooperationsvereinbarung für die Arbeit mit belasteten Kindern und Jugendlichen wurde denkbar unterschiedlich beantwortet. Die Einschätzungen reichten von „sehr hoher Stellenwert“ bis zu „praktisch irrelevant“. Inwieweit die Umsetzung der Vereinbarung gelingt und wie erfolgreich man damit in der Praxis ist, wird zumeist mit den Erfahrungen begründet, die mit dem jeweiligen Fall gemacht wurden. Ein Mitarbeiter der KJPPP hält die Vereinbarung für wichtig, weil sie einen gemeinsamen fachlichen Bezugspunkt bildet: „[...] aber es ist gut, wenn man sich darauf berufen kann“. Eine Fachkraft des ASD bezeichnet sie als „ein gutes Arbeitspapier, das die Schnittstelle zwischen ASD und KJPPP definiert“. Wie gut die Kooperation gelingt, ist sowohl für Mitarbeiter der Kliniken als auch für die des ASD weniger von dem Papier selbst als von den Beziehungen abhängig, die zwischen den Partnern bestehen. „Papier ist zwar geduldig, aber in der Praxis läuft es eben nicht so“ (ASD). Folgende Gründe, die für eine Kooperationsvereinbarung sprechen, und folgende Kritikpunkte wurden benannt.

Positive Einschätzungen:

Sicht des ASD: „Sie ist eine Plattform zur Absteckung der Rahmenbedingungen.“

- Erleichterung der Arbeitsbeziehungen
- Gemeinsame Entscheidungsfindung
- Anregung zur Mitgestaltung des Prozesses (Partner sind angehalten ebenfalls zu handeln)
- Hilfe/Unterstützung bei auftretenden Problemen oder Konflikten (eine Absicherung, auf die man sich berufen kann)

Sicht der KJPPP: „Das ist fester Bestandteil und da sind wir auch sehr froh drüber, dass es das gibt, weil man schon merkt, dass es zumindest bei einer ganzen Reihe von Mitarbeitern auch im Denken was bewirkt hat.“

- Erhöhung der Wertschätzung
- Verankerung/Implementierung in der Praxis
- Besseres Verständnis gegenüber den Handlungsweisen und strukturellen Bedingungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Gegenseitiger Verständnisaufbau und Barrierenabbau

Kritikpunkte:

Sicht des ASD: „Also es ist sehr mühselig aufgeschrieben, [...] man kann hier nicht unsere Arbeit schriftlich vorgeben. Da gibt es tausende Eventualitäten und Besonderheiten. Und das geht nicht nach Schema F.“

- Nichtanwendbarkeit für alle komplexen Fälle
- Detailfülle und zu ausdifferenzierte Schrittfolge
- Zu viele, z.T. überflüssige Arbeitsschritte
- „Organisationsverfügung“, die nur Pflichten des ASD abfordert

Sicht der KJPPP: „[...] da hab ich so gedacht, wenn man so in der Praxis ist, mein Gott, da muss man erst überlegen, wie es gemeint ist.“

- Umständlichkeit in der Schreibweise und im Ausdruck
- Regelung der Inhalte (sollte lediglich entscheidende Regelungen enthalten wie: Welche Institutionen betrifft es, welche Kompetenzen müssen gebündelt werden und welche dürfen nicht überschritten werden?)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vereinbarung als ein wichtiges Arbeitspapier eingeschätzt wird, das die grundlegenden Kooperationsangelegenheiten regelt. Trotzdem wird sie vielfach als zu ausdifferenziert, zu unübersichtlich und zu umfangreich beschrieben. Insbesondere die Fachkräfte des Allgemeinen Sozialen Dienstes zweifeln ihre praktische Relevanz an. Einige Mitarbeiter empfinden die Kooperationsvereinbarung als „unfaire“ Pflichtfestschreibung, da sie sich durch ihre bisherigen Erfahrungen ausreichend in der Lage sehen, die Kooperationsbeziehungen in ihrer Relevanz einzuschätzen und auszugestalten. Dies bestätigen auch die befragten Mitarbeiter der Kliniken. Dennoch wird auch berichtet, dass die Arbeitsbeziehungen insgesamt besser geworden sind. Eine systematische Auseinandersetzung mit der Kooperationsvereinbarung sollte in beiden Institutionen angestrebt werden, um aus ihr nicht nur ein Hilfsmittel für akute Problemlösungen, sondern eine generelle fachliche Orientierungslinie zu machen.

Die Ergebnisse der Aktenanalyse wurden durch die Interviews überwiegend bestätigt. Auch hier ist erkennbar, dass die Umsetzung der Kooperationsvereinbarung sowohl von den Mitarbeitern der beteiligten Institutionen als auch vom Fall selbst abhängig ist. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Akten nur teilweise Interpretationen über die Qualität der Beziehungen und den eigentlichen Kooperationsprozess zulassen. Denn die in der Kooperationsvereinbarung festgesetzten Arbeitsschritte finden sich in den Akten in dieser Form nur teilweise oder gar nicht wieder. Vor allem in den Behandlungsphasen und in den Entlassungsphasen bricht die Kommunikation zwischen den beteiligten Fachkräften zum Teil ab. Insbesondere in den Fällen, wo es um die Identifikation von „Bruchstellen“ in der Kooperation und damit u.U. auch um Irritationen im Hilfeverlauf geht, wäre eine transparente Dokumentation jedoch notwendig. Da die Fallbearbeiter bei allen beteiligten Partnern oft wechseln, ist eine ausreichende und standardisierte Zusammenstellung des Fallhergangs, auf die alle Beteiligten zurückgreifen können auch bei „unauffälligen“ Hilfeverläufen zwingend erforderlich.

6.3 Wie soll die Kooperationsvereinbarung evaluiert werden?

Insgesamt sprechen die Befunde der Untersuchung für eine behutsame Modifikation der Vereinbarung. Im Blick auf die Evaluation der gemeinsamen Erfahrungen heißt es in der Vereinbarung:

„Mindestens einmal jährlich führen die MitarbeiterInnen des Jugendamtes, der Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Park-Krankenhauses Leipzig-Südost GmbH und der Universität Leipzig eine Beratung durch, die dem fachlichen, sich wechselseitig respektierenden Informationsaustausch dient, mit dem Ziel, die Verständigung aller Beteiligten und die Effektivität der Zusammenarbeit zu optimieren sowie die Vereinbarung bei Bedarf weiterzuentwickeln.“

Voraussetzung dafür ist es, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst danach zu fragen, welche Entwicklungen es in der Zusammenarbeit zu komplexen Hilfefällen gibt. In der Praxis gestaltet sich dieser Vorgang aus der Sicht von ASD- und KJPPP-Mitarbeitern wie folgt:

„Also es gab immer mal in der Dienstberatung die Frage, da sollten wir unsere Erfahrungen mit den Kliniken rückmelden und da haben drei gesagt: sehr gut, vier haben gesagt: mit dem ja, mit dem nein. Also das ist soviel zum Thema Evaluation. Also nicht anhand von Zahlen, von Beispielen, sondern einfach auch in die Runde gefragt [...]. Dann wirft jeder einen Brocken hin, oder auch nicht jeder, ja und das wird dann so mitgenommen. Und das wird dann eben so auch der Abteilungsleiterin rückgemeldet. [...] Da geht's auch weniger jetzt um Details [...]“ (ASD).

„Nein das gibt es nicht. [...] Es ist immer ein Thema in den Visiten. Dort fragen die Chefärzte ja schon, geben auch schon mal Hinweise. [...] Aber wenn das dann abgeschlossen ist, gibt es keine Nachreflexion mehr. (Pause) Viel Papier, dieses Kooperationsding!“ (KJPPP).

Für eine umfangreiche, aussagekräftige Reflexion der Kooperationsbeziehungen ist es wichtig, die jeweiligen Fallbeteiligten direkt in den gegenseitigen Austausch einzubeziehen. Die jährlich stattfindenden Evaluationsgespräche spiegeln nur einen geringen Teil des Ist-Zustandes in den Kooperationsbeziehungen und in der gemeinsamen Fallarbeit wieder. Hier können spezifische Problemfelder nur oberflächlich betrachtet und nicht genau analysiert werden. Von Vorteil wäre es daher, gemeinsame Treffen zum Erfahrungsaustausch über die Umsetzung der Kooperationsvereinbarung anzubieten. Dies lässt, soweit notwendig, eine praxisorientierte Modifikation zu, kann aber auch dazu beitragen, die Kontakte zwischen den Fachkräften zu verbessern und ihre gegenseitige Wertschätzung zu unterstützen. Das Gefühl, an diesem Prozess beteiligt zu sein, gefragt zu werden und mitbestimmen zu können, kann auf diese Weise gestärkt werden.

Eine anregungsreiche Grundlage zur Qualitätssicherung bildet der erarbeitete Erhebungsbogen „Zur Rückmeldung der Kooperation“ der Arbeitshilfe. Ziel ist es, mit einem für die Fachkräfte geringen Aufwand, Rückmeldungen und Einschätzungen zur erfolgten Kooperation zu erhalten. Erweitert man diese Abfrage durch eine hierarchische Reflexion der Ergebnisse, können gezielt Abstimmungen zur weiteren Zusammenarbeit getroffen werden, wie folgende Abbildung im Detail verdeutlicht.

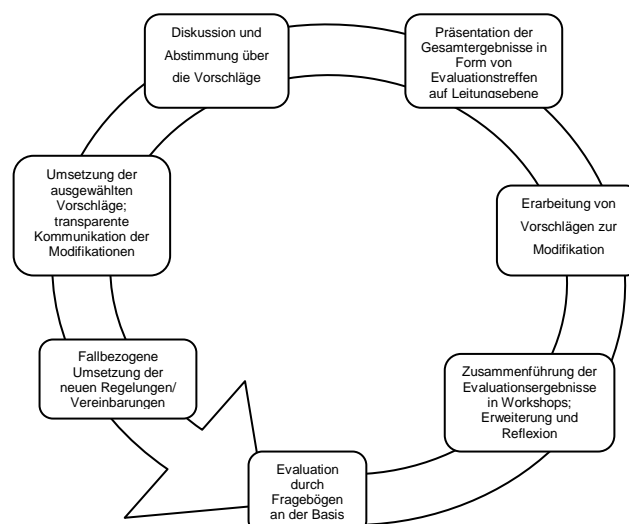


Abb. 14: Kreislauf der Evaluation

6.4 Soll die Schule in die Kooperationsvereinbarung einbezogen werden?

Wie in Kapitel neun noch näher geschildert wird, ist anhand der Akten erkennbar, dass die Schule in den Hilfeprozess nur minimal eingebunden ist. Vor allem während eines Psychiatrieaufenthaltes und im Anschluss daran erfolgt eine Zusammenarbeit sowohl seitens der Kliniken als auch des ASD nur in geringem Maße. Andererseits stellt sich heraus, dass die Schule als Partner für die Gestaltung positiver Hilfeverläufe immer wichtiger wird. In der Praxis erweist sich die Zusammenarbeit aber oft als problematisch und konfliktreich – auch in den Interviews wurde das immer wieder angesprochen. Dabei war die Schulform nicht ausschlaggebend. Obwohl eine Vielzahl der untersuchten Fälle Schüler des Leipziger Förderzentrums für Erziehungshilfe oder von (Lern-)Förderschulen sind, ist eine Tendenz zum Mittelschulbereich bis hin zum Grund- und Vorschulbereich erkennbar.

Da alle Schulen heute in zunehmendem Maße mit schwierigen Fällen und belasteten Lebenslagen Jugendlicher konfrontiert sind, zeigt sich die besondere Notwendigkeit, Ressourcen zu bündeln und Handlungsweisen abzustimmen. Dass Schulen und auch der Bereich der beruflichen Ausbildung stärker den Hilfeprozess einbezogen werden müssen, wurde auch in Leipzig erkannt. Die Befunde des hier beschriebenen Projekts sind ein zusätzlicher Beleg dafür, dass der Bereich Schule künftig in die Kooperationsvereinbarung einbezogen werden sollte. Dies bezieht sich zum einen auf fallübergreifende Regelungen in der Kooperation mit der Sächsischen Bildungsagentur (Regionalstelle Leipzig), zum anderen auf fallbezogene Vereinbarungen mit Lehrern und Schulsozialarbeitern. Dazu wurden alle Fallbeteiligten befragt, welche Ergänzungen ihrer Meinung nach in der Vereinbarung für die Kooperation mit Schulen erforderlich sind. Lehrer und Schulsozialarbeiter sollten in diesem Zusammenhang darüber Auskunft geben, wie sie zu einer solchen Einbindung des Schulbereichs stehen und welcher Ergänzungen es dazu im Einzelnen bedürfte.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die befragten Mitarbeiter aller beteiligten Institutionen der Aufnahme von Schule in die Vereinbarung überwiegend zustimmen. Schule wird als ein wichtiger Partner angesehen, der beurteilen kann, welche Entwicklung und welche Probleme das betreffende Kind bzw. der Jugendliche hat.

„Denn es geht nicht ohne. Wir müssen miteinander. Und wenn wieder jeder für sich eine Kooperationsvereinbarung hat, dann arbeitet wieder jeder für sich und irgendwo gehen dann wieder Informationen verloren und das kann nicht sein. Es geht hier um die Kinder.“

Nach Aussagen der Lehrer und Schulsozialarbeiter gilt es im Vorfeld abzuklären, welches Ziel und welcher Zweck mit der gemeinsamen Vereinbarung verfolgt werden soll. Ein Lehrer äußert dazu:

„[dass] eine Kooperationsvereinbarung für mich unabdingbar ist; die ist eben absolut wichtig, weil das eigentlich die Plattform ist, um die Rahmenbedingungen zu schaffen, und nur dort kann ich diskutieren. [...] Die Frage ist aber, ob das gemeinsame Grundverständnis wirklich da ist. Und wenn man von Kooperation spricht – sag ich – dann ist es immer noch nicht *wirklich* Kooperation. [...] Ist das wirklich Kooperation oder ist das noch ein bisschen im Kompetenzgerangel stecken geblieben?“

6.5 Was sagen die Befragten selbst zur Modifikation der Kooperationsvereinbarung?

Im Folgenden sollen noch einmal einige prägnante Äußerungen zusammengestellt werden, die deutlich machen, wo die Befragten Änderungsbedarf sehen und welche Vorstellungen sie zu den Details notwendiger Veränderungen haben. Folgende Äußerung eines Lehrers erscheint im zuletzt beschriebenen Kontext besonders typisch: „Na dass die im Prinzip das Wort Schule mit aufnehmen in ihren Plan, dass es *uns gibt*.“ Auch die beiden folgenden Feststellungen zeigen ein Bedürfnis, das in den Gesprächen oft formuliert wurde: „Die Kooperationsvereinbarung sollte ein Raster sein, an dem man sich bedienen kann [...]“. „Man muss sich in der alltäglichen Arbeit darauf berufen können, um Zeitressourcen zu sparen“. Weitere Statements aus den Interviews haben wir im Interesse der Übersichtlichkeit zu Thesen verdichtet:

- Konzepte für die Beschulung von Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf sollten in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe erarbeitet werden; entwicklungspsychologische Aspekte sollten dabei besonders berücksichtigt werden.
- Für den Umgang mit verhaltensauffälligen Schülern sollten Regelungen entwickelt werden, die Abschiebungen vermeiden. „[...] dass man noch eine Alternative in irgendeiner Form hat, [...] irgendeine Anlaufstelle vielleicht hat, wo man einen hin vermitteln kann“ (ASD).
- Die Anzeige eines Hilfebedarfs sollte unter Einbeziehung der Personensorgeberechtigten erfolgen.
- Zuständigkeiten und Kompetenzen im schulischen Bereich müssten abgestimmt werden: Wer ist in der Schule der Ansprechpartner? In welchem Rahmen lässt die Schulordnung diese Art der Vereinbarung zu? Für die fallbeteiligten Lehrer sollten Abminderungsstunden gewährt werden, um möglichst viele Probleme bereits im Vorfeld durch Schule selbst abklären zu können, beispielsweise durch Beratung von Schülern und Eltern.
- Das Unterrichtssetting bei verhaltensauffälligen, nicht gruppenfähigen Schülern müsste abgestimmt werden. Weiterhin müsste Schule bei bevorstehenden Psychriaufenthalten von Jugendlichen, aber auch im Anschluss daran, stärker beteiligt werden, damit Lehrer wissen, „wie man mit dem umgeht, was man beachten muss, wie es dem Kind ging und so weiter – was die dort *gemacht* haben. Wir müssen ja miteinander sprechen, bei jedem einzelnen Kind“ (Äußerung einer Lehrerin).
- In diesem Zusammenhang müssen dringend Regelungen bezüglich des Datenschutzes abgeklärt und transparent gemacht werden.
- Es sollten gemeinsame Formulare und Arbeitsblätter entwickelt werden: „[...] handhabbare Formblätter erstellen, wie die Kontaktaufnahme abläuft, dass man das einfach festhalten kann – so ein Merkblatt vielleicht“ (KJPPP).

6.6 Folgerungen

Festzuhalten ist, dass seit der Einführung der Kooperationsvereinbarung grundlegende Veränderungen eingetreten sind. Insgesamt hat sich die Zusammenarbeit nach Einschätzung der Befragten verbessert. Es wird mehr Verständnis füreinander gezeigt. Auch das Bild von der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich wesentlich verändert. Sie wird als ein zunehmend wichtiger Bezugspunkt gesehen – sowohl was die Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf betrifft als auch bei

familienbezogenen Hilfen bzw. Elternarbeit. Gemeinsame Fallbesprechungen und Helferkonferenzen werden als positiv bewertet, weil Ressourcen auf diese Weise gebündelt werden können. Immer wieder wird jedoch geäußert, dass es dabei weniger auf die Vereinbarung selbst als auf die Veränderung von Einstellungsmustern ankommt. Der folgende Auszug aus einem Interview mit einer ASD-Mitarbeiterin macht dies deutlich:

„[...] aber ich glaube auch nicht, dass das Papier was verändert, sondern die Einstellung im Kopf und dass man da immer mal wieder nachdenkt [...] und was ich gemerkt habe, was ganz wichtig ist, was in dem Kooperationspapier nicht so hervorgeht, viel entscheidender ist die Antwort der Jugendlichen zu nehmen. Es ist alles geregelt, wie Psychiatrie mit ASD [...] aber ich denke, viel wichtiger ist es, die Betroffenen selbst ins Boot zu nehmen.“

Folgende Handlungsempfehlungen für die Fallsteuerungsebene sowie für die fallübergreifende Kooperation lassen sich daraus ableiten⁷:

- Verbindliche und jederzeit abrufbare Regelungen vor allem für die Rahmenbedingungen, für personelle Ressourcen, Zuständigkeiten, inhaltliche Festlegungen und Grenzen müssen festgelegt werden. Verschiedene spezielle Fragen bedürfen der Klärung, etwa: Um welche inhaltlichen und strukturellen Verantwortlichkeiten geht es? Wer gibt Informationen weiter? Welche Informationen sind besonders wichtig? Was muss man über die jeweilige Institution wissen? Wer regelt die institutionenübergreifende Kommunikation zwischen den Beteiligten?
- Diskussionen über Einzelheiten der Kooperationsvereinbarung können in Form von regelmäßigen internen Schulungen (insbesondere für neue Mitarbeiter) oder durch regelmäßige Arbeitstreffen stattfinden.
- Die bestehende Kooperationsvereinbarung sollte überarbeitet und für die Mitarbeiter handhabbarer gemacht werden - vor allem: stärker handlungsorientiert und deutlich kürzer. Dabei sollte auf eine eindeutig nachvollziehbare und klare Gliederung der einzelnen Arbeitsschritte geachtet werden. Begriffe wie *komplexer Hilfebedarf*, *Fallsteuerung*, *Fallverantwortung*, *Fallmoderation* und *Kindeswohlgefährdung* sollten genauer definiert werden.
- Die einzelnen Institutionen müssen sicherstellen, dass die Inhalte der Kooperationsvereinbarung bekannt gemacht und weiter kommuniziert werden. Dies könnte die Handlungsrelevanz deutlich erhöhen.
- Ein Zusammenwirken der einzelnen Partner mit der Schule ist in der bestehenden Kooperationsvereinbarung zwischen dem Jugendamt und den Kliniken der KJPPP verbindlich zu regeln, wobei eine weitgehende Orientierung an den bisherigen Vorgehensweisen sinnvoll ist. Die Einbindung der Sächsischen Bildungsagentur und der Schulen wird von allen Kooperationspartnern befürwortet. Die Sächsische Bildungsagentur sollte an der Weiterentwicklung der Kooperationsvereinbarung mitwirken. Für das Jugendamt kann sie Ansprechpartner und Multiplikator für die Einbeziehung der Schulen in Leipzig sein.
- Inwieweit eine Einbeziehung von Schulpsychologen⁸ in den Einzelfällen möglich ist, muss eruiert und diskutiert werden.
- Verfahren zur Evaluation und Ergebnissicherung sollten gemeinsam begonnen und weiterentwickelt werden.

⁷ Eine detaillierte Aufstellung der Handlungsempfehlungen ist in Kapitel 12. nachlesbar.

⁸ Aktuell liegt der Beratungsbereich eines Schulpsychologen in Sachsen bei 30-40 Schulen. Deutschland liegt dabei im internationalen Vergleich bei einem Umfang von ca. 13000 Schülern pro Schulpsychologen im Schlussfeld. Die Angleichung an den europäischen Standard (z.B. Frankreich: ca. 2000 Schüler, Belgien ca. 800 Schüler) kann nur durch zusätzliche Personalstellen geschaffen werden.

7. Zur Koordination von Kooperationsprozessen

„Wir gehören dazu! [...] Jeder hat seine Kompetenz, seine Fähigkeiten, seinen Bereich und jeder gibt einen neuen Blickwinkel auf die gemeinsame Kooperation“ (Schule).

Grundlegend für das Gelingen von Kooperationsbeziehungen ist ihre Koordination, d.h. die Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen. Dies betrifft im Wesentlichen eine Transparenz den Partnern gegenüber, aber auch die Achtung der Professionen untereinander sowie die Klärung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. In den Interviews wurde dazu nach dem fachlichen Grundverständnis, nach den Kenntnissen über die Strukturen und Arbeitsweisen der Partner sowie nach dem Wissen über die Ansprechpartner und ihre Erreichbarkeit gefragt. Die Erhebung hat gezeigt, dass die persönliche Beziehungsebene der jeweiligen Partner bzw. involvierten Personen in der Zusammenarbeit eine wesentliche Rolle spielt. Auch in den Akten war erkennbar, dass persönliche Empfindungen einen starken Einfluss auf den Verlauf der Zusammenarbeit und damit auch auf den Hilfeverlauf haben können. Viele Befragte äußerten, dass die Kooperationsbeziehungen jeweils „trotz Kooperationspapier“ von den jeweiligen Personen abhängig sind. Es wird sehr viel Wert auf persönliche Kontakte und auf eine gute Zusammenarbeit in allen Bereichen gelegt. Differenziert betrachtet für die einzelnen Bereiche ergibt sich folgendes Bild.

ASD: Die Aussagen, die die einzelnen befragten ASD Mitarbeiter gemacht haben, reichen von offenen und wertschätzenden Beziehungen mit ihren Partnern bis hin zu gestörten Beziehungen aufgrund fehlender Kontakte, fehlender Anerkennung und fehlender Konfliktbearbeitung. Bedenklich ist, dass Störungen der Beziehungsebene Einfluss auf die Sachebene haben könnten. Wie an einigen untersuchten Fällen erkennbar war, wurden ungeklärte Konflikte aus vorangegangenen Fällen in aktuelle Fälle (bei gleichen Fallbeteiligten) hineingetragen, so dass die Sachebene gleichsam von der Beziehungsebene überlagert wurde. Daher ist hier dringend anzuraten, ein qualifiziertes Konfliktmanagement einzuführen bzw. zu erarbeiten. Für eine Konfliktklärung ist es unumgänglich, neutrale Vermittler (Konfliktcoaches) einzuschalten. Der Einsatz einer Vermittlungs- und Schnittstelle in den Einrichtungen kann damit die Qualität der Zusammenarbeit erhöhen.

Die Sichtweise des ASD auf die KJPPP: Überwiegend schätzt der ASD die Beziehungen zur KJPPP nach unseren Ergebnissen als sehr positiv ein. Diese haben sich seit Einführung der Kooperationsvereinbarung verbessert. Die KJPPP wird als kooperativ und interessiert erlebt. Dazu einige Aussagen von Mitarbeitern:

„Ich kann mich da überhaupt nicht beschweren. Also in dem Fall lief das alles transparent, immer offen und auch voller Anerkennung der anderen Profession gegenüber, [...] bestens. Man kann es sich nicht besser vorstellen.“

„Also ich spüre, dass die Kliniken auch an einer Zusammenarbeit interessiert sind. Dass sie sich, wenn man da kommt und sagt: Ich sehe da jetzt ein Problem, dass die sich dann dafür Zeit nehmen, sich darauf einstellen und nicht dieses: Das ist jetzt eure Sache und für uns geht es jetzt bis dahin und das war's. Aber das hat auch mit den guten Beziehungen, die man sich aufbauen konnte, zu tun.“

Jedoch ist dies auch immer wieder fallabhängig, wie folgende Passage verdeutlicht:

„Da haben wir eigentlich an einem Strick gezogen auch im Sinne des Kindes. Das war wirklich gut. Aber es gibt auch andere Fälle, wo dann völlig geteilte Meinungen sind und teilweise Ärzte schon ausgeflippt sind am Telefon und uns dann sagen, was wir zu machen haben, obwohl wir einen anderen Ansatz haben oder eine andere Sichtweise.“

Die Sichtweise des ASD auf die Schule: Auch hier ist die Einschätzung der Beziehungen stark vom jeweiligen Fall abhängig. Oft werden die Beziehungen gestört bzw. sind aufgrund von Voreingenommenheit oder Befangenheit so vorbelastet, dass die Zusammenarbeit zu vereinzelt Schulen bzw. Lehrern oder Sozialpädagogen in einigen Fällen schleppend verläuft. Vorurteile gegenüber der Schule bestehen z.B. in der Zuschreibung, Schule schiebe Verantwortlichkeiten ab, sei mit gravierenden Fällen überfordert bzw. dafür nicht ausreichend sensibilisiert und nehme sich aus dem Kooperationsprozess heraus.

KJPPP: Auch die MitarbeiterInnen aus dem Bereich der KJPPP betonen die Wichtigkeit von Personen und persönlichem Verständnis für das Gelingen von Kooperation: Entscheidend ist, welches Verständnis dem Partner entgegengebracht wird und welche Kenntnisse man über die jeweilige andere Institution hat. Voraussetzung für die Überwindung von Vorurteilen ist *Wissen* über den Kooperationspartner, d.h. Information und Sensibilisierung für seine Arbeitsweisen und Strukturen. Möglichkeiten zur Verbesserung dieses Wissens sind beispielsweise gemeinsame Fortbildungen, Fachtagungen und Arbeitsgruppen.

Schule: Ähnliche Aussagen über die Wichtigkeit der „Beziehungsqualität“ bei der Kooperation mit anderen Institutionen machten auch die von uns befragten Lehrer und Sozialpädagogen: Kooperationsbeziehungen gestalten sich dann positiv, wenn ein konstanter, fortlaufender Kontakt vorhanden ist. In einigen untersuchten Fällen war sowohl in der Aktenanalyse als auch in den Interviews erkennbar, dass der Informationsfluss zwischen Schule und ASD über die Familie erfolgte. Zum einen kann dies die Transparenz und die Einbindung der Eltern in den Prozess erhöhen, aber zum anderen können Informationen falsch wiedergegeben oder erst gar nicht weitergeleitet werden. Gute Erfahrungen haben die Befragten mit den verschiedenen Trägern der Hilfen zur Erziehung und auch mit der Verfahrenspflege gemacht. Insgesamt schätzen die Lehrer und Sozialpädagogen ein, dass immer noch zu wenig auf Schule zugegangen wird: „[...] Bloß, wir sehen halt die Kinder, wenn man jetzt den Tag betrachtet, teilweise einen längeren, ziemlich langen Zeitraum [...]“ (Schule). Hier ist auch das Engagement von den Schulen gefordert, dass sie selbst aktiv werden, sich zeigen, sich anbieten und die Zusammenarbeit von ihrer Seite fördern.

Die Sichtweise auf den ASD: Die fallbeteiligten Schulen erkennen, dass die Mitarbeiter des ASD sich größtenteils mit Schule auseinandersetzen möchten, dass Schule mehr mit ins Boot geholt und mit einbezogen werden sollte.

„Und es gibt halt auch Mitarbeiter beim ASD, die erst einmal nicht bereit sind mit uns zusammen zu arbeiten, die zum Beispiel Hilfeplangespräche vollkommen alleine

machen, wo wir sagen: Das geht nicht! Wir gehören dazu! Wir müssen alle zusammen! Und wenn wir Hilfe schreien, nehmen die uns irgendwie gar nicht ernst. Aber zu 70 Prozent würde ich sagen, ist der ASD bereit, kennt unsere Problematik und ist auch bereit uns da zu helfen, zu unterstützen. Und vor allen Dingen laden die uns auch zu allen Gesprächen ein, da machen wir eben eine große Helferrunde und dann wird auch nach Möglichkeiten gesucht.“

Die Sichtweise auf die KJPPP: Die Sichtweise auf die Kliniken fällt sehr unterschiedlich aus. Wahrscheinlich ist dies auch abhängig von den gesammelten Erfahrungen. Die Lehrer und Sozialpädagogen nehmen die KJPPP ihnen gegenüber als sehr reserviert wahr. Ihre Erfahrung ist, dass schulische Belange von der Psychiatrie nicht bzw. zu wenig gesehen werden:

„Bei der Psychiatrie habe ich eher den Eindruck, im konkreten Fall zeigen die sich alle aber wirklich sehr, sehr reserviert. Bei allen Kindern, die ich jetzt betreut hatte, hat es mehrerer Telefonate bedurft, dass die überhaupt wahrgenommen haben: Schule hat hier ein Interesse dran. [...] Und ich habe aber das Gefühl, die schulische Problematik sehen die nicht als so wichtig. Wobei das ein ganz wichtiges Stück Normalität für ein Kind ist. Also ich glaube, der Stellenwert wird da einfach nicht gesehen.“

Andere Einschätzungen laufen darauf hinaus, dass es zwar ein wachsendes Interesse gegenüber der Schule gibt, dass die Praxis aber immer noch sehr gespalten ist:

„Manche arbeiten sehr gut mit uns zusammen, und manche sind der Meinung: Klinik ist Klinik und Schule ist Schule.“

7.1 Transparenz als Voraussetzung von Kooperation

In der einschlägigen Literatur ist immer wieder davon die Rede, dass Kooperation dann gelingt, wenn Vertrauen besteht und ein hohes Maß an Transparenz vorhanden ist. Wir haben die Teilnehmer deshalb gefragt, inwieweit sie über die Arbeitsweisen und strukturellen Rahmenbedingungen ihrer Kooperationspartner informiert sind.

7.1.1 Gegenseitige Information

Größtenteils sind den Mitarbeitern des ASD und der JGH die Handlungsweisen und Strukturen ihrer Partner im Überblick bekannt. Diese werden näher beleuchtet, wenn eine gemeinsame Fallarbeit sich entwickelt und Information notwendig wird. Eine Mitarbeiterin des Jugendamtes differenziert:

„Ich überlege mir aber im Vorfeld sehr genau, ob ich alles wissen muss [...] Ich denke, die groben Strukturen reichen mir, weil ich ja auch sehr fallspezifisch arbeite und ich nicht über sämtliche Rahmenstrukturen Bescheid wissen muss.“

Eine weitere wichtige Informationsquelle auch für den ASD stellen die Eltern bzw. die Familie dar.

Die **KJPPP** hat ein großes Interesse daran, mehr über die Arbeitsweisen des ASDs bzw. die JGH, aber auch über die Grenzen, an die das Jugendamt in der „Fallumsetzung“ stößt, in Kenntnis gesetzt zu werden, denn:

„Der ASD ist für mich auch heute noch eine Black Box [...] was da beraten wird oder welche Einrichtung nun rausgesucht wird und nach welchen Kriterien.“

„Ja für mich ist eben nicht transparent, wo es hakt. Ich sitze dann wirklich manchmal hier und bin fassungslos, weil ich nicht weiß, was ist jetzt gerade das Problem. Geht es wirklich um Finanzierungsfragen, ist es jetzt eine persönliche Ansicht, sind die gekränkt, weil ich einen Vorschlag gemacht habe. Was ist das Problem?“

Auch **Schule** fühlt sich nicht ausreichend informiert. Die von uns befragten Lehrer und Schulsozialarbeiter empfinden, dass ihr Wissen über die Strukturen und Arbeitsweisen sowohl des Jugendamtes als auch der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Leipzig noch nicht ausreichend ist. Jedoch sind Schulsozialarbeiter gegenüber den Lehrern klar im Vorteil, da sie der gleichen Profession wie die Mitarbeiter des Jugendamtes angehören und in die Arbeit der Jugendhilfe einen tiefgründigeren Einblick haben als Lehrer. Fehlende Kenntnisse werden in der konkreten Zusammenarbeit am Fall (wenn sie denn stattfindet) ausgeglichen. Für einen Teil der Befragten sind diese jedoch nicht ausreichend und damit unbefriedigend. Andere sind der Meinung, dass ein Wissen über Strukturen nicht entscheidend ist. Aus Sicht der Schule wäre es wichtig, für die Zeit nach der Entlassung aus der Klinik auf Empfehlungen zurückgreifen zu können – auf eine Art Handwerkszeug für einen adäquaten Umgang mit dem Jugendlichen im Schulalltag.

„Hilfreich für uns wäre natürlich, wenn da jemand bereit wäre, zu sagen: Wenn das Kind wieder zurückkommt, dann wäre es nützlich, in der Arbeit das und das zu beachten. Da kommt immer nichts, gar nichts. Wir kriegen weder helfende Hinweise, noch kriegen wir dezidierte Anhaltspunkte, was sich vielleicht auch verbessert hat während der Therapie und wo man anknüpfen kann. Dieser Übergang, das fehlt total. Das wäre uns wichtiger als „Strukturen“. So nach dem Motto: Es wäre interessant zu wissen, aber man braucht es nicht für die Arbeit. Für die Arbeit an sich ist der Austausch wichtig.“

Die Befragten aus dem Bereich **Hilfen zur Erziehung** legen Wert auf Klarheit im gesamten Hilfeplanprozess und zwar gegenüber allen Beteiligten, besonders auch gegenüber den Familien als ihren wichtigsten Ansprechpartnern. Jedoch wird auch bemängelt, dass die Handlungsweisen einzelner Partner nicht nachvollziehbar sind, dass z.B. zu wenige Informationen über den Klinikalltag eines Kindes oder Jugendlichen ihnen bekannt sind.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich geringe Kenntnisse über die Strukturen, Arbeitsweisen und Ansprechpartner der beteiligten Institutionen auf die Fallarbeit auswirken. Für alle Beteiligten sind diese relevant, um Entscheidungen, Empfehlungen und Handlungsweisen ihrer Partner besser nachvollziehen zu können. Deshalb empfinden die meisten Befragten den gemeinsamen fallübergreifenden Austausch in Form von Arbeitsgruppen oder auch Fachgruppen für die Zusammenarbeit und die Weiterentwicklung der Beziehungsqualität als förderlich, weil auf diese Weise Einblicke in die praktische Arbeit möglich werden:

„Klinikalltag, Therapiemöglichkeiten, Grenzsetzung, rechtliche Dinge, Elternarbeit, versicherungsrechtliche Fragen [...]. Ich habe wirklich erlebt, das hat mich erstaunt, dass zum Teil gar nicht richtig bekannt ist, was der ASD eigentlich alles machen muss. Und das meine ich. Hier könnte man sich gegenseitig befruchten. Es sollte so eine Arbeitsgruppe mal ins Leben gerufen werden. [...] Es ist spannend, es ist interessant und es hilft auch, wenn man so ein Forum hat.“

Der fallübergreifende Austausch sollte wieder verstärkt ins Visier genommen werden, wie es in der Kooperationsvereinbarung bereits festgehalten ist. Dabei ist Schule als „neuer“

Partner nicht zu vernachlässigen, da hier dringend Aufklärungsbedarf über die Arbeitsweisen und Strukturen des Jugendamtes wie auch über die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht. Ebenso ist es für die Beteiligten maßgeblich, Verständnisfragen im schulischen Bereich zu klären, da teilweise andere Vorstellungen über die Arbeitsweisen von Schule vorherrschen, insbesondere auch bezüglich der Förderschulen bzw. der Schulen für Erziehungshilfe. Folgende Aussage eines Klinik-Mitarbeiters macht dies deutlich:

„[...] und ich hatte da auch lange Zeit eine falsche Vorstellung. Ich habe immer gedacht, dass *da* Kinder sind, die ausreichend diagnostiziert sind und die *natürlich*, wenn eine psychische Störung festgestellt wurde, die dann auch irgendwo in Therapie sind. Das würde ja für mich am nächsten liegen, wenn ich ein psychisch- oder verhaltensgestörtes Kind habe, dass man da irgendwo ein therapeutisches Setting dazu aufbaut. Das ist aber gar nicht so!“

Diese Form der Annäherung kann überhöhte Erwartungen und falsche Vorstellungen übereinander ausräumen und damit eine Grundlage für eine gelingende Zusammenarbeit schaffen.

7.1.2 Erreichbarkeit der Ansprechpartner

Die Interviewpartner sollten eine Einschätzung zur Erreichbarkeit ihrer Kooperationspartner geben. Gefragt wurde ebenfalls nach den Erfahrungen zum Wechsel von Ansprechpartnern bzw. von Mitarbeitern der anderen Institutionen.

Die Aussagen des ASDs und der JGH lassen viel Verständnis für die Situation ihrer Kooperationspartner erkennen. Die Mitarbeiter nehmen wahr, dass nicht nur ihr Gegenüber schwer zu erreichen ist, sondern sie selbst zuweilen noch schwieriger. Auch hier tauchte immer wieder die Anmerkung auf, dass dies fallabhängig ist.

Seitens der Mitarbeiter des **ASD** bestehen sehr unterschiedliche Herangehensweisen, um mit ihren Ansprechpartnern in Kontakt zu treten. Jeder Mitarbeiter hat sich bereits mehr oder weniger Netzwerke aufgebaut, auf die er bei Bedarf zurückgreifen kann. In erster Linie wird der Kontakt zu den Sozialarbeitern der Kliniken gesucht, die eine wichtige Schnittstelle zwischen Jugendamt und Kliniken darstellen. Ebenso ist die Institutsambulanz eine Anlaufstelle zur Kontaktaufnahme. Im schulischen Bereich wird die Erreichbarkeit von Ansprechpartnern bzw. von den jeweiligen beteiligten Klassenlehrern als sehr aufwendig eingeschätzt. In der Regel erfolgt die Kontaktaufnahme über das Sekretariat, aber eine Rückmeldung seitens der Lehrerschaft ist nicht immer gegeben bzw. gesichert.

Die Jugendamtsmitarbeiter gehen vorwiegend vom Einzelfall aus, wenn es um Kontakte bzw. Ansprechpartner zur Vorbereitung auf die jeweilige Hilfe geht. Für diejenigen, denen keine Netzwerke zur Verfügung stehen, gestaltet sich die Kontaktaufnahme schwieriger. Im ASD sind kaum Informationen bezüglich der wichtigsten Ansprechpartner vorhanden, so dass sich die Mitarbeiter regelrecht durchfragen müssen – was viel Zeit in Anspruch nehmen kann.

Im Gegensatz zu den Aussagen der ASD Mitarbeiterinnen erscheinen die Aussagen der Mitarbeiter aus den **Kliniken** zur Frage von Kontaktaufnahme und Erreichbarkeit der

Partner eindeutig. Die Mitarbeiter haben hier offenbar keine Probleme, Ansprechpartner vor allem im Jugendamt zu finden, weil ihnen Listen mit Ansprechpartnern beim Jugendamt zur Verfügung stehen, die sie überwiegend über die Kliniksozialarbeiter erhalten haben.

Ganz anders sieht es im Bereich **Schule** aus. In der Regel sagen die Befragten, dass es kaum Möglichkeiten gibt, konstante Ansprechpartner zu gewinnen. Informationen erhalten sie überwiegend über die Eltern. Die Lehrer sind mit der Situation sehr unzufrieden und wünschen sich konstante Ansprechpersonen:

„[...] Warum gibt es nicht einen Ansprechpartner vom ASD, der irgendwie regelmäßig bei uns hier ist und der das dann vielleicht an seine Stellen weiter trägt?“

Dieses Problem wurde auch auf der Abschlussfachtagung diskutiert – mit dem Ergebnis, dass auf allen Seiten Bedarf nach konstanten Ansprechpartnern artikuliert wurde, die fallübergreifend zur Verfügung stehen sollten.

Im schulischen Bereich stellen vor allem die Schulsozialarbeiter und Beratungslehrer die entscheidende Schnittstelle dar. Im Rahmen der Abschlussstagung wurde im Workshop "Perspektive Schule" von den Teilnehmenden geäußert, die Klassenlehrer sollen als primäre Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Beratungslehrer seien demzufolge „nur“ eine weitere Zwischeninstanz, da diese Probleme nicht zwingend zu ihrem Aufgabebereich gehören. Betrachtet man die Schulen, in denen sich Klassen von Kindern und Jugendlichen mit Multiproblemlagen konzentrieren, erscheint es dennoch notwendig, auch Beratungslehrer und Schulsozialarbeiter (soweit vorhanden) als Ansprechpartner zur Entlastung der einzelnen Lehrer mit einzubeziehen.

7.1.3 Kontinuität

Von allen Seiten – sowohl vom ASD selbst als auch von Klinikmitarbeitern, Lehrern und Sozialpädagogen – wird vor allem der häufige Mitarbeiterwechsel innerhalb des Jugendamtes beklagt. Häufige Wechsel führen bei den Partnern zu Verunsicherung und Irritation, was sich zwangsläufig auch auf die Arbeitsbeziehungen auswirkt. „Was passiert, wenn Familien umziehen? Dann fangen wir oft noch mal neu an, beim nächsten Mitarbeiter.“ Konstante Ansprechpartner werden als notwendig angesehen, um einen zusätzlichen Arbeitsaufwand (z.B. durch erneutes Zuarbeiten von Unterlagen) zu vermeiden.

Insgesamt ist festzuhalten, dass eine gewisse persönliche Kontinuität bei den Ansprechpartnern für die Qualität der Beziehungen spricht. Alle Befragten haben sich in diesem Sinne geäußert. Ein häufiger Personalwechsel sollte vermieden werden – was aus Sicht des ASD allerdings schwierig ist. Aufgrund der Aufteilung in verschiedene Sozialbezirke können Zuständigkeiten hier schnell wechseln, zum Beispiel wenn Familien in andere Sozialbezirke umziehen.

7.1.4 Fachliches Verständnis

In der Kooperationsvereinbarung ist zu den fallübergreifenden Regelungen zwar festgelegt, dass mit Hilfe von gemeinsamen Fortbildungen ein gemeinsames Grund-

verständnis über die Problemdefinition und die Fallbearbeitung entwickelt werden soll. Es ist jedoch unklar, wie dies in der Praxis erfolgen kann. Wir haben die Mitarbeiter daher gefragt, inwieweit ihrer Meinung nach ein gemeinsames fachliches Grundverständnis besteht.

Aus Sicht des **ASD** existiert ein solches gemeinsames Grundverständnis. Es bestehen unterschiedliche Herangehensweisen (Jugendhilfe arbeitet familienorientiert, KJPPP eher klientenorientiert) die es zu bündeln und zu koordinieren gilt. Jeder muss sich mit seinem Grundverständnis einbringen, um damit eine gemeinsame Strategie entwickeln zu können, so die Mitarbeiter des ASD. Entscheidend ist, dass die andere Profession wahrgenommen und akzeptiert, sowie ein Verständnis für die Besonderheit des Kindes/Jugendlichen geweckt wird.

Dies sehen auch die Mitarbeiter der **Kliniken** so – ein Beweis dafür, dass eine gemeinsame Basis bereits geschaffen wurde. Das gemeinsame Ziel ist es, eine bestmögliche Betreuung zum Wohle des Kindes oder des Jugendlichen zu erreichen.

„Natürlich sind es unterschiedliche Institutionen, die nach unterschiedlichen Prinzipien arbeiten, die unterschiedliche Zwänge haben. Dass man da nicht immer gleich einer Meinung ist – gut [...]“ (KJPPP).

Aus Sicht der **Schule** erscheint die gemeinsame Basis eher schwach. Die befragten Lehrer machen die Erfahrung, dass die schulische Seite des Problems aus klinischer Sicht in den Hintergrund tritt und nicht die Beachtung erfährt, die einer kooperativen Regelung angemessen wäre. Folgende Äußerung eines Lehrers ist dafür ein Beispiel:

„Wenn Kinder in der Klinik sind, erlebe ich Mitarbeiter dort, die in ihren Äußerungen schon signalisieren: Naja, jetzt gucken wir erst einmal auf die medizinische oder auf familiäre Problematik. So viele Fehltag hat er doch noch nicht. Es ist doch noch gar nicht so schlimm in der Schule. Also es kommt ganz oft die Rückmeldung: Was wollen Sie denn? Bei Ihnen läuft doch eigentlich alles noch so einigermaßen. Und das befriedigt uns natürlich überhaupt nicht, weil wir natürlich sehen, wie das Kind in der Schule keinen Erfolg hat. [...] Weil der schulische Erfolg ist ja auch ein ganz wichtiger Aspekt dafür, dass das Kind insgesamt Erfolge hat. Wenn es in der Schule keine hat und im privaten Bereich nicht, wo soll es denn dann die Erfolge haben? Und ich glaube, das wird einfach von den Partnern nicht wertgeschätzt, dass der schulische Erfolg ganz, ganz wichtig auch ist für eine positive Persönlichkeitsentwicklung. [...] Wo wir eigentlich immer ganz unglücklich sind. Die Priorität bei der Arbeit am Kind ist so mehr auf den außerschulischen Aspekt gelegt. Und ich finde da fehlt die Gewichtung der Schule einfach.“

Diese Chance einer gemeinsamen Basis sollte – auch das ein zentraler Befund unserer Befragung – *genutzt* und nicht in immer wiederkehrenden wechselseitigen Vorwürfen vertan werden. Nur in einer solchen pragmatischen Haltung wird sich die in der Fachdiskussion immer wieder beschworene Kommunikationskultur verwirklichen lassen. Auch diesbezüglich decken sich die Erfahrungen des Meißener Modellprojektes mit denen unserer Untersuchung. Ein unterschiedliches Fallverständnis und dessen mangelnde Reflexion durch die Beteiligten sind hauptsächliche Hindernisse effektiver Hilfeplanung (vgl. SMS 2007, S. 63). Ein gemeinsames Fallverständnis kann durch Helferkonferenzen, die an der Problematik des Hilfesuchenden ausgerichtet sind, entwickelt werden, bis hin zu gemeinsam getragenen Fallbewertungen. Die Kommunikationsqualität wird dadurch ebenfalls erhöht.

7.2 Interdisziplinarität

Auch wenn eine gemeinsame Basis für ein fachliches Grundverständnis bereits vorhanden ist, kommt es nach Aussagen der Befragten immer wieder zu gewissen Kompetenzstreitigkeiten. Aus dem Blickwinkel des **ASD** ist der am häufigsten genannte Aspekt die Untergrabung der Fall- und Entscheidungszuständigkeit des Jugendamtes – vor allem dann, wenn die weiterführende Hilfe seitens der Klinik im Vorfeld mit der Familie abgesprochen oder wenn die Familie ohne Wissen des ASD auf eine Hilfe vorbereitet wird:

„Und die sind dann darauf fixiert und sagen: ich will nur in diese Einrichtung, obwohl es gar nicht passt“ (ASD).

„Letztendlich ist das unser Fachbereich. Wir kennen die Einrichtungen. Wir können anrufen, die Zusammensetzungen erfragen, haben Erfahrungen, haben auch das Wissen, was da noch alles möglich ist. Wir greifen ja auch nicht in der Klinik ein und sagen: Also, wir denken die Therapie ist für das Kind geeignet. Gucken Sie mal ob Sie das machen können. Genauso denke ich, sollte schon die letzte Entscheidung darüber dem ASD obliegen, weil wir müssen auch die Hilfen zahlen“ (ASD).

Dadurch wiederum fühlen sich einige Mitarbeiter der **Kliniken** angegriffen, wenn sie nicht angehört werden, wenn eine weiterführende Maßnahme bereits vor der Entlassung bzw. dem Entlassungsgespräch vom ASD festgelegt wird oder eine Empfehlung nicht umgesetzt wird.

„Da gibt es nach wie vor vom Jugendamt den Konsens: Ihr dürft uns ja nicht sagen, was wir machen. Aber in jedem Paragraphen wo auch Hilfe steht, steht: Der Fachmann ist auch der Kinder- und Jugendpsychiater, der natürlich was vorschlagen darf. Die können natürlich alles prüfen, aber ich muss es wenigstens sagen dürfen“ (KJPPP).

Dies führt sogar dazu, dass eine Rückzugsreaktion erfolgen kann und hilfreiche adäquate Empfehlungen nicht gegeben werden, wie folgende Aussage eines Klinikmitarbeiters verdeutlicht:

„Aber seitdem ich für mich die Rolle gefunden habe, dass ich sage: Ich bin der Arzt – bei fast jedem ASD-Gespräch war das so, ich kann nur medizinisch und ich zieh mich dann auf meine klinische Position zurück. Und dann sind die froh, dann dürfen die entscheiden. Und da achte ich auch auf die Termini, wie außerhäuslich oder WG, dass die erst fallen, wenn der ASD sich da positioniert hat. Und seitdem komme ich mit denen eigentlich auch ganz gut zurecht [...]“

Auch Schule möchte mehr „gehört“ werden, will andererseits aber auch ihre Kompetenzen nicht überschreiten:

„Wo hört der Bereich Schule auf, wo fängt die Arbeit des Jugendamts an, wenn es dann um die Familien geht? Eigentlich theoretisch übertreten wir da schon ganz klar unsere Kompetenzen und unseren Bereich, wenn man es so nimmt. Bloß, es ist halt manchmal wirklich so. [...] Kommt immer darauf an, bei wem man jetzt ist, weil man manchmal ja auch mal einen Hinweis gibt, wo vielleicht auch der ASD sagt: Mensch, daran habe ich noch nie gedacht und das wäre eine Idee. Es geht auch nicht darum, dass wir jetzt unseres durchdrücken wollen. Bloß, wir sehen halt die Kinder über - wenn man jetzt den Tag betrachtet – teilweise einen längeren, ziemlich langen Zeitraum und da kommt man dann natürlich auch auf Möglichkeiten.“

Aus Sicht unserer Befragung liegt eine der größten Herausforderungen der Zusammenarbeit von Klinik, Schule und Jugendhilfe sicherlich darin, sich einerseits abzugrenzen zu müssen, andererseits aber aufeinander zuzugehen und Kompetenzen zu

bündeln. Nach Meinung der Befragten könnten viele dieser Probleme durch eine Koordinationsstelle im Überschneidungsbereich der Institutionen behoben werden. Sowohl im schulischen als auch im klinischen Bereich sind es Sozialpädagogen, die in diesem Feld tätig sind.

„So dass in mein ärztliches Feld eigentlich gar nicht so die enge Kooperation mit dem Jugendamt fällt. Das wäre eigentlich mehr die Arbeit für die Sozialarbeiter. Vielleicht könnte man dann auch manche Reibung vermeiden. Weil Sozialarbeiter anders miteinander verhandeln. [...] Naja weil ich glaube, dass die dann wirklich ähnlicher den gleichen Blick darauf haben. Und als Ärztin verstehe ich von manchen sozialen Dingen halt nichts. Ich habe die doch nicht so gelernt, wie ein Sozialarbeiter“ (KJPPP).

Hier zeigt sich, dass die Mitarbeiter sowohl im schulischen als auch psychiatrischen Bereich für die Unterstützung durch die angestellten Sozialpädagogen sehr dankbar sind und ihnen wertschätzend gegenüber treten. Einige Beispiele:

„Bei uns ist das die Sozialarbeiterin. Allerdings ist es nicht einfach nur eine Sozialarbeiterin, die ist eigentlich hoch angesehen und sie macht so ein bisschen das Außenmanagement. Also sie ist sowohl fallbezogen als auch wenn sonst irgendwelche Gremien oder sowas tagen, macht sie viel zur Vernetzung“ (KJPPP).

„Also ich verweise dann oft auf unsere Sozialarbeiterin. Ich denke, das ist einfach gut gesplittet und es ist ja nun nicht unbedingt so mein Bereich und von daher bin ich sicherlich nicht über alles informiert, was der ASD an Möglichkeiten hat oder nicht. Ich denke, da habe ich sicherlich noch ein bisschen Nachholbedarf, aber dafür haben wir ja auch eine Sozialarbeiterin im Haus, die dafür zuständig ist“ (Schule).

7.2.1 Koordinierungsstelle

Viele der Befragten sehen daher eine Art Koordinierungsstelle für die fallbezogene wie auch die fallübergreifende Zusammenarbeit als hilfreich an und würden diese auch in Anspruch nehmen. Ein Klinikmitarbeiter äußert sich dazu wie folgt:

„Was ich eben günstig fände, was ich nutzen würde, wäre so eine Möglichkeit, dass man schwierige Fälle bespricht und das man da eine Anlaufstelle hätte beim ASD unabhängig von einem Mitarbeiter und dessen Vorgesetzten, der vielleicht ein bisschen eingefahren denkt. Dass man so eine Stelle hat, wo jemand unvoreingenommen nochmal schaut. Das fände ich gut. Egal wo, ob in der Klinik oder beim ASD. Dass man dann eine Möglichkeit hätte, da nochmal in den Dialog zu kommen. Dass da jemand neutral drauf schaut“ (KJPPP).

Ein „Schnittstellenbeauftragter“ könnte als neutrale, außenstehende Person unter anderem bei der Klärung von Konflikten hilfreich sein und in der eigenen Institution als Ansprechpartner fungieren. Wichtig wäre eine konstante Anlaufstelle darüber hinaus, um einen Wechsel von fallbezogenen Ansprechpartnern und Zuständigkeiten kompensieren zu können. Im Bereich des Jugendamtes fallen diese Aufgaben, vor allem von Konfliktklärungen, laut Aussagen der Befragten in die Zuständigkeit der Sozialbezirksleitung:

„Dann könnte man sagen, man holt sich noch den Sozialbezirksleiter jeweils dazu. Das gab es auch schon in einigen Fällen, dass die dann mit im Boot waren, dass der als Vermittler meinetwegen auch mit dabei ist“ (ASD).

7.2.2 Institutionelle Zuständigkeiten – Zur Frage der Fallsteuerung

„Jeder hat seine Kompetenz, seine Fähigkeiten, seinen Bereich und jeder gibt einen neuen Blickwinkel auf die gemeinsame Kooperation. Das Zusammenkommen in den Helferkonferenzen, wenn sie gut gemacht sind vom ASD, dann hat das einen positiven Effekt. Die Helferkonferenzen haben mehr Schwergewicht als vorher und das ist gut, denn die Helferrollen sind klar und jeder kann seine Kompetenzen einbringen“ (HzE).

Jedoch hat sich sowohl in der Aktenanalyse als auch in den Interviews herausgestellt, dass die Zuständigkeiten in der Fallarbeit durchaus nicht immer abgeklärt sind bzw. teilweise übertreten wurden. In der Kooperationsvereinbarung steht dazu, dass die Aufgabenerfüllung durch Klarheit über die Verantwortungen und Arbeitsaufträge erleichtert werden soll.

„Die Handlungen einzelner sollen für die anderen Beteiligten transparent sein. Eine klare Fallführung soll die Kinder bzw. Jugendlichen und ihre Familien vor zu vielen – im Extremfall sogar gegensätzlichen – Interventionen schützen.“

Der **ASD** erkennt sich dabei klar in der Rolle der Fallsteuerung wieder, was auch nach SGB VIII gesetzlich geregelt ist. Die Mitarbeiter sehen sich aber auch als die Koordinatoren und Moderatoren des Kooperationsprozesses, weil sie ihrer Ansicht nach den „größtmöglichen Draufblick auf den Fall“ haben. Diese Leistung wird ihrer Meinung nach wenig anerkannt.

„Wir haben oftmals das Gefühl, dass viele andere Fachkräfte dem ASD einfach noch versuchen, Dinge zu übertragen, für die er nicht zuständig ist. [...] ASD ist Zubringer, hat zu rennen, hat zu machen, hat zu organisieren. Und dann: Aber wir machen schon unsere Arbeit. Dazu brauchen wir den ASD nicht.“

Allerdings ist sich der ASD der hohen Verantwortung bewusst, „dass alle Fäden bei uns zusammenlaufen, wir die Fäden in der Hand halten.“ Hier gilt es zu bedenken, dass dies einer umfassenden Qualifikation bedarf, denn:

„Wir haben da eine schwere Aufgabe. Das heißt also im Rahmen vom Hilfeplan sitzen wir als Moderatoren, müssen dann die Gesprächsrunde moderieren, müssen uns fachlich einbringen, müssen gut zuhören, was die anderen Professionen sagen, das wesentliche heraushören.“

Die Erkenntnis, die wir daraus ziehen, ist: Die Koordination und Steuerung der fallspezifischen Kooperationsprozesse soll aufgrund der Erwartungen vom jeweiligen Mitarbeiter des Jugendamtes übernommen werden. Es wurde sowohl in den Interviews als auch in den Gruppendiskussionen und in den interdisziplinären Veranstaltungen immer wieder diskutiert, wie Fallsteuerung zu definieren ist und welche Aufgaben sie zu erfüllen hat. Der Arbeitsauftrag des ASD ist laut gesetzlichen Grundlagen in erster Linie eine Steuerungsverantwortung. Nach unseren Erkenntnissen kommt dem ASD (wie auch selbst von den Befragten gewollt) in Bezug auf Fälle mit komplexem Hilfebedarf eine Steuerungs- bzw. Koordinationsaufgabe des gesamten Kooperationsprozesses zu. Aufgabe des ASD wäre es demzufolge, ein zielgerichtetes System der Zusammenarbeit aller Beteiligten zu organisieren, zu implementieren, zu koordinieren, zu moderieren, zu überprüfen und zu evaluieren. Dies ist an dem konkreten Unterstützungsbedarf der jeweiligen Person ausgerichtet und bezieht den Hilfeempfänger sowie die Familie konkret mit ein. Kompetenzen, die ein „Fallsteuerer“ mitbringen muss, sind deshalb ein beratendes, moderierendes und planerisches Know-how. Der ASD ist der Gewährleister,

der notwendige Hilfen bereitstellt und gewisse Standards erarbeitet. Dafür sind grundlegende Schlüsselkompetenzen notwendig, wie Gesprächs- und Verhandlungskompetenz, Konfliktfähigkeit, Moderationskompetenz, die Fähigkeit zum Schnittstellenmanagement u.a..

Die jeweilige Fallzuständigkeit bzw. -verantwortung liegt hier bei der aktuell hilfeleistenden Institution. Dies sollte in der Kooperationsvereinbarung ebenfalls klar definiert werden. Dabei müssen die Zuständigkeiten bei Schlüsselsituationen wie Schulabstinenz und Beendigung von Jugendhilfemaßnahmen vorwiegend während eines Klinikaufenthaltes geklärt werden, da diesbezüglich noch mehrfach Unklarheiten bestehen. Wer ist z.B. aus schulischer Perspektive bei Schulverweigerung oder Schulabstinenz verantwortlich? Die im Rahmen der Untersuchung durchgeführten interdisziplinären Gespräche brachten die Einsicht, dass für eine Kontinuität der Zusammenarbeit die Schule, in der das Kind aktuell angemeldet ist, auch die fallzuständige Schule bleibt und aktiv in den Kooperationsprozess mit eingebunden werden muss. Ebenso ist diskutiert und bestätigt worden, dass die eingebundenen Träger der Hilfen zur Erziehung auch während eines Klinikaufenthaltes zuständig bleiben sollen, d.h. hier insbesondere, dass ein Hilfewechsel vermieden werden soll, solange das Kind sich in der Klinik aufhält. Zum einen gibt dies dem Kind klare Strukturen vor und es kann eine Kontinuität erkennen, so dass einem evtl. erneuten Beziehungsabbruch und dessen Auswirkungen entgegen gearbeitet werden kann. Zum anderen gewinnt durch diese Kontinuität der Kooperationsprozess an Qualität. Dabei ist der ASD gefragt, dieses Bedürfnis zu berücksichtigen, qualifizierte Einrichtungen auszuwählen und klare Regelungen zur Einbindung der Leistungsanbieter vor, während und nach einem Klinikaufenthalt festzulegen.

7.3 Folgerungen

Die hier betrachteten Schwierigkeiten der Zusammenarbeit haben damit zu tun, dass am Kooperationsprozess sehr heterogene Institutionen beteiligt sind, für die verschiedene gesetzliche Grundlagen und Arbeitsaufträge gelten. Die unterschiedlichen Herangehensweisen zu einem Fall müssen wechselseitig verstanden und akzeptiert werden. Insbesondere ist zu klären, welchen Beitrag jeder der Beteiligten im Interesse des Kindes und der Familie leisten kann. Dies ist eine Grundvoraussetzung für eine gelingende Kooperation. Einzelfallarbeit ist notwendig und wichtig. Zugleich kommt es aber auch darauf an, den richtigen Zeitpunkt zu finden, *wann* es im Umgang mit komplexem Hilfebedarf erforderlich ist, fachliche Kompetenzen und Ressourcen zu bündeln.

„Man kann halt schauen, was gibt die Gesetzeslage her, was haben wir an finanziellen Möglichkeiten, was gibt die Infrastruktur her und unter diesen Bedingungen kann man halt schauen, dass man das Gute herauspickt. Ich glaube eine gewisse Bescheidenheit bezüglich dessen, was Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Jugendhilfe überhaupt vermag, ist auch ganz wichtig“ (KJPPP).

Weiterhin besteht ein Klärungsbedarf hinsichtlich „sensibler Phasen“ wie Aufnahme, Entlassung, bei auftretenden „Plötzlichkeiten“ und in Krisenfällen. Für die Kooperationsvereinbarung sollte ein engeres Krisenmanagement entwickelt und in dieser genau beschrieben werden. Besonders gilt es zu beachten, dass eine enge Vernetzung mit den

Jugendhilfeeinrichtungen angestrebt wird. Folgende Vorschläge wurden von den Befragten dazu gemacht:

- Einführung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunde in den Jugendhilfeeinrichtungen
- Verstärkte kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung in den Jugendhilfeeinrichtungen
- Verkürzung der Bearbeitungszeiten von Fällen, um ein schnelleres Eingreifen bei erkennbaren Zuspitzungen und Krisen zu ermöglichen⁹
- Schaffung bzw. Ausbau einer adäquaten Jugendhilfelandschaft, um Fremdunterbringungen außerhalb Leipzigs zu vermeiden¹⁰

Die oben aufgeführten Punkte lassen erkennen, dass die Befragten mit der derzeitigen Situation in Leipzig bezüglich der Jugendhilfelandschaft unzufrieden sind. Es fehlt an freien Plätzen in therapeutischen Wohngruppen; es gibt zu wenige Einrichtungen mit spezifischen Ansätzen oder diese sind personell unterbesetzt; vielfach mangelt es an qualifiziertem Personal. Hierdurch entsteht bei den Befragten der Eindruck, dass die Einrichtungen schnell an ihre Grenzen stoßen, Krisen vorprogrammiert sind, deshalb schneller und häufiger Kriseninterventionen eingeleitet und die Hilfeempfänger in die Verantwortung der Kliniken abgegeben werden. Dies erhöht folglich den *Drehtüreffekt*, der bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf immer wieder kritisiert wird. Wie dringlich dieser Sachverhalt ist, soll mit einigen Passagen abschließend verdeutlicht werden:

"[...] dass da oftmals diese Einsicht fehlt, dass sich – gut es kostet natürlich alles – und wenn ich aber jetzt investiere, die Kinder sind ja noch jünger. Dass ich dann vielleicht ein besseres Auskommen habe, als wenn ich jetzt mit was Niederschwelligem reingehe, das auch nichts bringt und ich in ein zwei Jahren wieder an dem gleichen Punkt stehe und dann wieder mehr investieren muss, wo das Kind vielleicht wieder in die Psychiatrie kommt und dann der Hilfebedarf eigentlich umso teurer wird" (KJPPP).

"Der Hilfebedarf wird höher und wir haben sehr viele auffällige Kinder und Jugendliche, die intensivpädagogische Betreuung benötigen. Wo es in Leipzig schwierig ist, Einrichtungen zu finden, die dann wirklich anfangs vielleicht eins zu eins betreuen" (KJPPP).

"Du könntest die Psychiatrie umgehen. Du könntest die GU umgehen. Du könntest dann die Auswärtsunterbringungen umgehen" (ASD).

⁹ Hier wurde der Vorschlag diskutiert, für alle Beteiligten einen feststehenden, regelmäßigen Termin auszuhandeln (diesen zu „blocken“), der im Bedarfsfall genutzt werden kann, um einer langwierigen Terminfindung mit allen Beteiligten vorzubeugen - so dass in der auftretenden „Plötzlichkeit“ eine Helferkonferenz einberufen werden kann.

¹⁰ Allein in dieser Studie sind es zwölf Fälle, die zum Zeitpunkt der erweiterten Aktenanalyse außerhalb von Leipzig stationär untergebracht waren. Besonders betrifft dies Kinder und Jugendliche, die eine spezifische Hilfe benötigen, wie heilpädagogische, psychotherapeutische und suchtherapeutische Maßnahmen bis hin zu Einrichtungen für körperbehinderte, psychisch auffällige Jugendliche.

8. „Wir müssen miteinander reden“: Zur Kommunikation zwischen unterschiedlichen Helfersystemen

Kooperation ist das ständige Ringen um gemeinsames Handeln. Sie ist kein Idealzustand, sondern vielmehr ein dynamischer Prozess, bei dem die Kommunikation der Beteiligten von entscheidender Bedeutung ist. Austausch und Verständigung dienen unter anderem der expliziten Aushandlung des Kooperationszieles und der Kooperations Schritte. Sie begleiten den Prozess der Kooperation und dienen dabei der bewussten Richtungs vorgebe, -kontrolle und -änderung des kooperativen Prozesses. Ihre wesentliche Aufgabe ist, wie im vorigen Kapitel gezeigt wurde, die Unterstützung der Kooperation durch Koordination. Sie ermöglicht die wechselseitige Anpassung der Sichtweisen und hat in diesem Sinne verbindenden Charakter. Die Kommunikation der Beteiligten ist demnach gerade in interinstitutionellen Kooperationszusammenhängen von entscheidender Bedeutung. „Die Anerkennung der fachlichen Autonomie muss [dabei] in einer „symmetrischen Kommunikation“ zum Ausdruck kommen, in welcher die Kooperationspartner gleichberechtigte Akteure sind (SMS 2007, S.57).“ Deshalb gilt es, eine Kommunikationsstruktur aufzubauen und die Verständigung über Ziele, Motive, Erwartungen, Kompetenzen, Zuständigkeiten, rechtliche Grundlagen, zur Verfügung stehende Ressourcen u.a. als grundlegende Aufgabe der Kooperation anzuerkennen, sie möglichst auch während der gesamten Dauer des Kooperationsverhältnisses fortzuführen. Eine zentrale Aufgabe der beteiligten Institutionen besteht somit in der Herstellung systematischer Rückkopplungsprozesse zwischen Person, Organisation und Kooperationszusammenhang, damit sich fachliche Grenzen, die mit Hilfe der Kooperation eigentlich überwunden werden sollen, nicht aufgrund negativer Erfahrungen verstärken (vgl. van Santen 2003).

Da die Beteiligten auch im hier untersuchten Kooperationszusammenhang aus sehr verschiedenen Funktionsbereichen der Gesellschaft und darüber hinaus aus völlig unterschiedlichen Interaktionszusammenhängen mit zum Teil andersartigen Handlungslogiken stammen, ist die Herstellung von Transparenz über Informationsnetzwerke sowie genügend Raum für den Informationsaustausch eine grundlegende Aufgabe (vgl. van Santen 2003, S.346). Vor allem der Zugang zu und der Umgang mit Informationen sind wichtige Aspekte für das Gelingen interinstitutioneller Kooperation. Sie stellen in diesem Sinne eine eigene Ressource innerhalb eines Kooperationszusammenhangs dar. Der Informationsfluss muss innerhalb einer Institution, zwischen den Kooperationspartnern und nach außen funktionieren. Durch geeignete Informationswege und -formen kann ein kontinuierlicher Informationsaustausch einschließlich des Wissens über infrastrukturelle Voraussetzungen, Aufgaben und Kompetenzen anderer Institutionen auch über alle Teilgruppierungen der Beteiligten hinweg sichergestellt werden (ebd.).

Inwieweit sowohl die fallabhängige als auch die fallunabhängige Kommunikation im Leipziger Kooperationszusammenhang gelingt, wurde anhand verschiedener Fragestellungen und Kategorien und im Hinblick auf die existierende Kooperationsvereinbarung zwischen dem Leipziger Jugendamt und den Leipziger Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie geprüft. Die dazu

gewonnenen Erkenntnisse werden im folgenden Abschnitt mit Hilfe einiger Interviewpassagen dargestellt. Dabei konzentriert sich der erste Abschnitt auf die fallspezifische Kommunikation, der zweite auf den fallunabhängigen, übergreifenden Austausch. Im Anschluss daran werden der Umgang mit Konflikten und die gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung der Kooperationspartner näher beleuchtet.

8.1 „Auf das Wissen ist man angewiesen“: Informationsaustausch über den Einzelfall

Auch in der Leipziger Kooperationsvereinbarung ist die Frage der interinstitutionellen Kommunikation ein wichtiges Thema, wie die einschlägigen Aussagen zur Informationsvermittlung, zum Datenaustausch, zur gegenseitigen Information über Strukturen und Arbeitsweisen sowie zu Fortbildungen zeigen. Wie unsere Befunde belegen, gibt es in der Praxis sehr unterschiedliche Formen gegenseitiger Information und Kommunikation, insbesondere zwischen dem Allgemeinen Sozialen Dienst und den Kliniken.

8.1.1 Einschätzungen aus Sicht des ASD und der KJPPP

Oftmals obliegt es der Eigeninitiative einzelner Mitarbeiter, die notwendigen Informationen einzufordern, da ihnen diese nicht, wie im Kooperationspapier eigentlich vorgesehen, zur Verfügung gestellt wurden. Dies wird in den folgenden Aussagen deutlich:

„Na in dem Maße, wie ich die Informationen einfordere, wenn ich denke, ich muss das wissen, das ist für meine Arbeit dann wichtig, dann fordere ich die Informationen ein, wenn ich denke, ich muss es wissen. Ich überleg mir aber im Vorfeld sehr genau, ob ich alles wissen muss“ (ASD).

„Also, ich hab' natürlich auch nichts hingegeben, also es wird ja nicht abverlangt, Sozialanamnese oder irgendwas, was ja auch in der Kooperationsvereinbarung steht, dass die das haben wollen“ (ASD).

„Aber die haben auch noch nie einen Bericht an mich vorher geschickt, sowas kenn' ich auch nicht“ (KJPPP).

Neben zahlreichen Beispielen für zeitnahe und direkte Kommunikation wurde mehrfach bemängelt, dass es zwischen ASD und Psychiatrie vor allem während einer Behandlung zu wenig „echten“ Austausch gibt. In vielen Fällen gehe es lediglich darum, sich zu Beginn und am Ende einer stationären Therapie gegenseitig Informationen zu geben. Obwohl das auch im Kooperationspapier geregelte Aufnahmeverfahren mit kleinen Abstrichen in der Regel zufrieden stellend verläuft, liegt die Kommunikation im weiteren Verlauf der psychiatrischen Behandlung häufig brach. Die Haltung „wenn man nichts hört, ist alles gut [...]“ scheint sich in diesem Zusammenhang unter einigen Mitarbeitern durchgesetzt zu haben. Insbesondere gemeinsame Absprachen zu weiteren Hilfemaßnahmen sind eher selten. Zwar geben die Kliniken ihre Einschätzung mit entsprechender Empfehlung ab, was aber noch nicht bedeutet, dass darüber auch ein wirklicher Dialog stattfindet. Nicht selten haben die Kliniken darüber hinaus das Gefühl, dass ihre Empfehlungen gar nicht erwünscht sind.

„Na manchmal eben nicht, wenn Entscheidungen manchmal einfach übergangen werden oder Empfehlungen gar nicht diskutiert werden oder nicht ernst genommen werden oder

im Nachgang nochmal ein Gutachten gefordert wird von jemand anderen, obwohl ich ein Kind hier monatelang gesehen habe. Das finde ich dann schon sehr eigenwillig [...]“ (KJPPP).

Die Mitarbeiterinnen des ASD betonen dagegen, wichtige Informationen zum Behandlungsverlauf in den Kliniken, die für die weitere Hilfeplanung wichtig sind, würden mitunter zu spät oder gar nicht weitergegeben. Hierfür lassen sich je nach Perspektive unterschiedliche Gründe finden. Sowohl die Aktenanalyse als auch die Interviews machen deutlich, dass oftmals schon die unterschiedlichen Ansprüche der Beteiligten, insbesondere was die Form der Information betrifft, zu Missverständnissen und Unzufriedenheit führen.

„Ja, aber eben nichts Schriftliches oder in irgendeiner Form, sondern es wurde darüber gesprochen“ (ASD).

„Naja, was Schriftliches wär' gut gewesen klar, das ist aber jetzt auch meine Schuld, hätte ich ja einfordern können“ (ASD).

„Manchmal ist es dann auch so ein bisschen ein Ärger, wenn wir in einem Hilfeplan drin sitzen und jeder ist dabei, wenn was besprochen wird. Dann verlangt der ASD *immer* noch was Schriftliches, wo ich mich dann frage, wozu habe ich hier gesessen und habe das erzählt. Die haben ja mitgeschrieben im Protokoll. Also, das ist dann sowas, das hat sich dann nicht auflösen lassen, weil die brauchen das von uns schwarz auf weiß, um das irgendwie bei der wirtschaftlichen Jugendhilfe oder, ich weiß es nicht wozu sie das brauchen, aber wenn.. die Argumente sind die gleichen die wir hier besprechen. Und das müssen wir dann nochmal schriftlich machen und das ist doppelte Arbeit“ (KJPPP).

Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Faktoren, die Einfluss auf die Qualität der Informationsweitergabe und –verarbeitung haben. Dazu zählen, wie im vorigen Kapitel gezeigt wurde, das Grundverständnis über die Zusammenarbeit, die mangelnde Kenntnis der Kooperationsvereinbarung und der darin enthaltenen Regelungen, die unterschiedlich gut funktionierende Informationsweitergabe durch Eltern oder auch Dritte (Familienhelfer, Verfahrenspfleger etc.), die Ansichten über den geeigneten weiteren Hilfeverlauf, nicht zuletzt aber auch Sympathien und Antipathien.

8.1.2 Informationsweitergabe nach Entlassung aus der Klinik

Besonders stark diskutiert wird nach wie vor die Informationsweitergabe bei Entlassung aus der Klinik. Zwar sind in der Kooperationsvereinbarung einige Ausführungen zu den Entlassungsmodalitäten zu finden, dennoch besteht hinsichtlich Form und Inhalt der Informationen noch immer ein erheblicher Handlungsbedarf. Vor allem die Mitarbeiter des ASD und der KJPPP sind sich uneinig darüber, was als machbar und sinnvoll anzusehen ist. Die folgenden Abschnitte illustrieren noch einmal, wie erheblich die Meinungen hier zum Teil divergieren. Während die ASD-Mitarbeiterinnen wiederum schriftliche Informationen in Form von Berichten mit darin enthaltenen Diagnosen favorisieren und deren Bedeutung als Grundlage für die weitere Hilfeplanung betonen, versuchen die Fachleute der Psychiatrien eher das Potenzial der Helferkonferenzen sowie der abschließenden Gespräche zu nutzen. Ihrer Meinung nach sollten getroffene mündliche Absprachen als verbindlich betrachtet und entsprechend behandelt werden, was nicht zuletzt auch ihren eigenen Arbeitsaufwand reduzieren würde.

„Ja, Empfehlungen aus der Jugendpsychiatrie. Also sozusagen in ihrem Bereich die Empfehlungen die notwendig sind, was das Kind braucht, um sich gut entwickeln zu können. Da möchte ich aber keine Maßnahme der Jugendhilfe dort von der Psychiatrie gesagt bekommen“ (ASD).

„Bei Entlassungen ist es ja auch vereinbart in der Kooperationsvereinbarung, die Kliniken müssen nicht unbedingt einen Bericht schreiben. Dazu ist auch dieses gemeinsame Gespräch, wo man sich drüber austauscht. Ich verlange immer einen Bericht, weil ich das auch im Nachhinein zum Nachlesen brauche. Und hatte auch immer diese Entsprechenden Partner, die mir auch ohne Frage und ohne irgendwelche Dinge, diesen Bericht geschrieben haben, weil ich schon sehr überfordert bin, wenn ich das mitschreibe bzw. das dann auch keinen rechtlichen Bestand vor Gericht hat oder so. Also ich hab damit persönlich kein Problem, bin mir aber nicht sicher, was die Kooperationsvereinbarung beschreibt. Also ich denke – wenn, dann sollte unbedingt auch eine Berichterfassung dabei sein“ (ASD).

Frage: „Also hat die Diagnose quasi, die die Klinik stellt, auch Einfluss auf die Einrichtung, die Sie aussuchen?“

„Natürlich. Ja, also was für eine Einrichtung das Kind dann braucht. Von hoch strukturiert bis relativ offen oder geschlossen oder was“ (ASD).

„Nee, was also gerade jetzt ihre Diagnose oder was jetzt das Krankheitsbild anbelangt, das war mir schon wichtig, weil da hab' ich einfach noch mal 'nen anderen Blick gekriegt, was ich eigentlich jetzt - also auch gerade für die nachfolgende Hilfe war das einfach wichtig“ (ASD).

„Deswegen habe ich mir angewöhnt, diese Helferkonferenzen zu protokollieren und alle bekommen das gleiche Protokoll. Das mache ich so, ich weiß gar nicht, wie es da drin (in der Kooperationsvereinbarung; die Verf.) steht. Abschlussberichte schreibe ich definitiv nicht. Können wir gar nicht, ist unrealistisch, weil wir die Arztberichte kaum zeitgemäß schaffen. [...] Diese Epikrisen darf der ASD nicht bekommen, müssen wir alles schwärzen, was da drin steht, das ist eine Dienstanweisung. Das heißt also, noch einen Bericht diktieren. Aber ich denke mal, in den Helferkonferenzen ist es so, ja, die können mich alles fragen, die kriegen alle Informationen die es gibt, und die Vereinbarungen die wir dort treffen, die sind ja eigentlich das Wesentliche. Also, wenn ich in einer Helferkonferenz eine Vereinbarung treffe, dann ist das egal, ob die mündlich oder schriftlich ist. Abschlussberichte schreiben machen wir definitiv nicht. Das habe ich noch nie gemacht und noch nie an den ASD gegeben. Aber die haben auch noch nie einen Bericht an mich vorher geschickt, sowas kenne ich auch nicht. Das würde ich auch nicht erwarten, ehrlich gesagt: Das ist doch Quatsch“ (KJPPP).

„Ich mache sehr oft transparente Helferkonferenzen und ich *bestehe* inzwischen darauf [...] dass ein Protokoll geschrieben wird. Entweder schreiben wir das oder der ASD-Mitarbeiter und *das* ist verbindlich, da muss ich nicht nochmal 1000 Berichte schreiben. Ich gebe da in der Helferkonferenz eine sehr genaue Befundbesprechung, die können sich die Diagnosen alles mitschreiben und da muss ich nicht nochmal 1000 Schreiben machen. Das ist für mich wie, als hätte ich es geschrieben. Und es wird auch so in dem Protokoll festgehalten“ (KJPPP).

Die hier vorgestellten Aussagen zeigen zudem, dass die Vereinbarungen bezüglich der Abschlussberichte nicht immer bekannt sind, und dass die Handhabung dieser wenig konkreten Ausführungen selbst bei Kenntnis der entsprechenden Vorgaben sehr unterschiedlich ausfällt. Während einige Mitarbeiter sich gegenseitig wunsch- und pflichtgemäß informieren, haben andere ihren ganz eigenen Weg gefunden, mit dem jeweiligen Partner zu kommunizieren, was von Fall zu Fall und Mitarbeiter zu Mitarbeiter unterschiedlich gut funktioniert. Dies unterstreicht noch einmal, was im vorherigen Abschnitt schon angedeutet wurde, nämlich wie dringend es zur Kooperation konkreter, einheitlicher und vorher abgestimmter Regelungen bedarf.

8.1.3 Wie gut ist die ambulante Nachbetreuung?

Neben den bisher angesprochen Defiziten im Informationsfluss zwischen ASD und KJPPP, welche sich eher auf laufende Behandlungen und die Entlassungsphase aus der Klinik beziehen, gibt es noch einen weiteren Aspekt, der die interviewten Mitarbeiterinnen beschäftigt. Hierbei handelt es sich um mangelhafte bzw. ausbleibende Rückmeldungen nach der Entlassung aus der Klinik und im Verlauf weiterer Jugendhilfemaßnahmen, in denen die Klinik nicht explizit involviert ist. Zwar gibt es ambulante Nachbetreuungen durch die Kliniken, die Erfahrungen der Befragten zeigen aber, dass diese nur äußerst selten dazu genutzt werden, um sich über die weitere Entwicklung eines gemeinsamen Klienten auszutauschen, geschweige denn positive oder negative Rückmeldungen zum Kooperationsprozess selbst zu geben.

„Ich denke, es ist auch bei den Mitarbeitern beim ASD in aller Regel nicht fehlender Wille sondern einfach nur fehlende Zeit, dass manche Rückmeldungen nicht kommen. Ich denke, dass die viel zu viel abzuarbeiten haben, viel zu viel Bürokratie dahinter steckt und für den einzelnen Fall einfach die Zeit nicht da ist“ (Schule).

Auch wenn ein fehlendes Feedback häufig auf Kapazitätsprobleme zurückgeführt werden kann, sehen einige Befragte den genaueren Austausch über Behandlungsverläufe als Gewinn für ihre Arbeit und besonders für ihre Klienten an. Denn durch einen besseren Rücklauf wäre nicht nur die Möglichkeit gegeben, sich über unerwartete Veränderungen und Rückschläge in der Weiterentwicklung eines Jugendlichen auszutauschen, sondern auch durch positives Feedback eine Bestätigung der eigenen Arbeit zu erfahren. Dazu einige Beispiele aus den Interviews:

Frage: „Da bekommen Sie aber keine Rückmeldung über den weiteren Teilverlauf? Also wie ist der?“

„Wenig, wenig.“

Frage: „Wäre das für Sie hilfreich?“

„Ja, das wäre sehr hilfreich“ (KJPPP).

Frage: „Sie haben danach von der Klinik auch nicht noch mal eine Rückmeldung gekriegt? Ist auch nicht üblich? Ist das dann einfach zu Ende?“

„Warum sollen die sich denn auch rückmelden? Bei Patienten, wo Ihnen der Blinddarm rausgenommen wird, ruft der Arzt auch nicht an und fragt: Geht es Ihnen noch gut?“

Frage: „Nee, aber wenn es zum Beispiel nicht optimal gelaufen ist in der Abstimmung und die hätten das gemerkt, dann hätten die sich ja auch noch mal bei Ihnen melden können und sagen: Das tut uns leid!“

„Nein!“

Frage: „Nein, Okay! Und Sie haben denen aber auch keine Rückmeldung gegeben?“

„Nein! Na, die wussten das ja, wo er hingeh“ (ASD).

„Es wäre günstig, wenn auch da an speziellen Fällen, die dann eben anders gelaufen sind, auch wieder 'ne entsprechende Rückmeldung gegeben werden könnte. Das ist dann genauso, naja, wie soll ich das sagen, fallspezifische Rückmeldung. Dass da vielleicht auch die Kliniken länger mit eingebunden sind, also sich nicht nur an diesen momentanen Auftrag halten und wenn das abgebrochen wird, dann ist das zu Ende, sondern dass es auch eine längere Zeit dann berücksichtigt wird“ (ASD).

Neben dieser Forderung nach einer längeren Einbindung der Kliniken macht die Mitarbeiterin einer Klinik deutlich, dass bei einer erfolgenden ambulanten Nachbetreuung

durch ihre Einrichtung die Verlaufsgespräche in den Kliniken für einen entsprechenden Austausch genutzt werden könnten.

„Wenn sie nicht wieder auffällig werden oder wenn sie weiter in Behandlung bei uns sind, dann haben sie Verlaufsgespräche hier in der Ambulanz, alle zwei, drei oder vier Wochen, das hängt vom Bedarf ab, das macht der Therapeut dann aus der Ambulanz. [...] Aber dieser Therapeut oder Therapeutin bekommt häufig dann auch nicht mit, wenn sich etwas in der Jugendhilfe ändert, weil es da auch wenig Rückmeldungen gibt, eben. Das ist denke ich mal ein großer Bereich, wo einfach ein Problem ist. Wenn das Jugendamt weiß, dass jemand noch in psychiatrischer Weiterbehandlung ist, dass die dann auch hier mal einfach bei so einem Verlaufsgespräch mit anwesend sind“ (KJPPP).

Der Mitarbeiter einer Klinik schlägt in diesem Zusammenhang außerdem vor, über eine geeignete Form der Rückmeldung nachzudenken, diese für die Arbeitsbeziehungen verbindlich zu machen und in der Kooperationsvereinbarung entsprechend festzulegen.

Frage: „Es wäre ja z.B. denkbar, dass man das als eine Regelmäßigkeit in die Hilfe einbindet?“

„Ja, jaja [...] ich habe noch nicht einmal gehört, was aus meinen gutachterlichen Stellungnahmen geworden ist. Aber hier könnte es ein Vorschlag sein, zur Verbesserung, weil dann könnte man anhand von einem kurzen Feedback oder einem Telefonat könnte man dann wissen, oder nochmal mehr darüber erfahren, was so zustande gekommen ist oder so. Aber so verläuft es sich immer und es ist ein bisschen unbefriedigend dann. Also einfach so, man empfiehlt was und weiß gar nicht, was da auch gerade bei den Einrichtungen außerhalb von Leipzig passiert.“

Frage: „Aber gerade bei diesen Pendelpatienten wäre das auch nicht unwichtig.“

„Ja, ja. Also ich meine, dann hat man häufiger mit denen zu tun und kennt dann schon x Pädagogen aus der Einrichtung und die Psychologin von dieser Einrichtung war dann auch häufig hier und hat sich eingebracht und man kennt die so persönlich, aber ja, so von der entsprechenden ASD-Stelle nochmal so eine Stellungnahme zu haben. Die könnten das ja im Zusammenhang mit ihren Hilfeplänen so machen, dass die sagen: ‚Okay, da machen wir ohnehin ein schriftliches Dokument und den Teil erhält dann der behandelnde Arzt nochmal, der bei der Entscheidungsfindung dabei war‘, das fänd ich gut.“

In welcher Form die bisher nur unzureichend erfolgenden Rückmeldungen letztendlich erfolgen sollen und können und wie dies in einer überarbeiteten Fassung der bestehenden Kooperationsvereinbarung aufgenommen werden kann, müssen die Kooperationspartner miteinander besprechen und aushandeln. Die dazu bestehenden Vorstellungen und Forderungen sollten transparent gemacht werden, um konstruktive Lösungen zu ermöglichen.

Neben spezifischen Themen wie der Kommunikation zwischen ASD und den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es weitere Kooperationsfragen, die die befragten Mitarbeiter beschäftigen – etwa im Blick auf die Hilfen zur Erziehung oder die Schulen. Um diese Fragen geht es in den folgenden Abschnitten.

8.1.4 Einschätzungen aus Sicht der Hilfen zur Erziehung

Fasst man die Sicht der HzE-Einrichtungen zusammen, so äußern sich die befragten Mitarbeiter über den Informationsfluss mit dem ASD und den Schulen weitestgehend zufrieden. Dennoch werden auch hier einige Defizite angesprochen. So wurde in den Gruppendiskussionen immer wieder deutlich, dass die Informationen zu den Klienten in den Einrichtungen bisweilen zu spät ankommen und aus Sicht der HzE nicht immer die

„richtigen“ sind. Eine bessere Abstimmung über Zeitpunkt und Inhalt der Informationen würde demnach einer besseren Hilfeplanung zugutekommen und Überraschungen vorbeugen.

Ein weiteres Augenmerk richtete sich in den Gesprächen auf die Kommunikation mit den Kliniken. Hier machen die Mitarbeiterinnen der HzE aus ihrer Perspektive einige Potenziale deutlich. Insbesondere während längerer stationärer Aufenthalte wünschen sie sich einen regelmäßigen und zeitnahen Austausch. Die Helferkonferenzen würden hier häufig zu weit auseinander liegen, was ein aktuelles und kurzfristiges Reagieren auf Veränderungen oft unmöglich macht. Darüber hinaus wünschen sich die Befragten Mitarbeiterinnen mehr Angaben sowohl zum Zustand des Klienten als auch zum Stand der Behandlung, nicht zuletzt auch eine bessere Organisation der Überleitung in Jugendhilfemaßnahmen. Dies betrifft speziell Informationen zum weiteren Umgang mit den Kindern und Jugendlichen nach der Entlassung aus der Klinik.

8.1.5 Einschätzungen aus Sicht der Schule

Die interviewten Lehrerinnen teilen die Sicht der Hilfen zur Erziehung und betonen, dass die Kommunikation mit diesen vorwiegend als positiv einzuschätzen ist. Auch in der Verständigung mit dem ASD wurde überwiegend von positiven Erfahrungen berichtet. Besondere Bedeutung kommt in den Austauschprozessen den Schulsozialarbeiterinnen zu. Sie fungieren in der Zusammenarbeit häufig als Ansprechpartner, Koordinatoren und Vermittler. In den Schulen, in denen keine Schulsozialarbeiterinnen vorhanden sind, ist die Übernahme dieser Funktionen nicht immer eindeutig geklärt und wird sehr unterschiedlich gehandhabt.

Eine Einschränkung erfährt die recht gute Bewertung der Kommunikationsprozesse jedoch in Bezug auf den Austausch mit den beteiligten Kliniken. Hier fühlen sich die befragten Mitarbeiterinnen der Schulen mitunter sehr schlecht informiert. Sie monieren, dass sie bisweilen „keine Ahnung von einem Klinik-Aufenthalt“ hätten und „zu wenige Informationen über den Verlauf einer Behandlung oder den Umgang mit dem Kind nach der Entlassung“ bekämen. Häufig wurde das Gefühl geäußert, nur zuarbeiten zu müssen, aber keinen Rücklauf zu erhalten. Im Informationsaustausch mit den Kliniken sind die Schulen zudem häufig auf die Eltern oder Dritte (u.a. ASD oder SPFH) angewiesen. Nur selten gibt es eine direkte Verständigung zwischen den Beteiligten aus den Schulen und den Ärzten bzw. Therapeuten aus den Kliniken. Als eine erste Reaktion auf diese Erkenntnisse schlugen die Vertreter beider Kliniken in der Abschlusstagung vor, ihre Institutionen zur rechtzeitigen Informationsweitergabe an die Schulen zu verpflichten. Neben dem Wunsch, Lehrerinnen und Lehrer stärker einzubeziehen, erscheint aber auch eine erneute Verständigung über die jeweiligen Ansprechpartner, über Art und Inhalt der Informationen sowie über den zeitlichen Rahmen einer solchen Informationsverpflichtung notwendig.

8.2 „Es ist einfacher, wenn man seinen Partner kennt“: Fachlicher Austausch unabhängig vom Einzelfall

„Eine Interaktion, wie auch eine Kooperation wird wesentlich erleichtert und ist letztendlich auch fruchtbarer, wenn man sein Gegenüber kennt. Seinen Partner zu kennen bezieht

sich aber im Fall einer interinstitutionellen Kooperation nicht nur auf die Interaktionspartner, sondern auch auf die durch sie vertretene Institution“ (van Santen 2003, S.346).

Neben der fallabhängigen Kommunikation lebt eine Kooperation demnach auch vom einzelfallunabhängigen Austausch, der es ermöglicht, sich über Grundverständnisse, Erwartungen, Differenzen sowie über Arbeitsweisen und Strukturen der jeweiligen anderen Institution auszutauschen. Auch im Abschlussbericht des Meißener Modellprojektes (SMS 2007, S.70) wird darauf hingewiesen, dass unreflektierte Annahmen und Vorurteile die Institutionen wechselseitig „unerreichbar“ machen können und kooperative Entscheidungsprozesse beeinträchtigt werden, wenn Zuständigkeiten und Entscheidungsgrundlagen dem jeweiligen anderen Dienst nicht hinreichend bekannt sind. Falsche Erwartungen und Kompetenzzuschreibungen können so letztendlich zu fehlerhafter Beratung und Information der Rat suchenden Familie führen. Dies wiederum hilft, das Verständnis füreinander zu fördern und Ressentiments abzubauen, die zum Teil über Jahre gewachsen sind, mitunter auch „gepflegt“ wurden. Nicht zuletzt kann dies Konflikten vorbeugen bzw. ihre Klärung erleichtern. Die folgenden Statements sollen das verdeutlichen:

„Da merkt man erstmal, oh - also wie wird hier gearbeitet und was macht der ASD und wie läuft das [...] das ist effektiv und persönliche Beziehungen können sie auch aufbauen“ (KJPPP).

„Das war ja nach der gemeinsamen Fortbildung, da haben wir ja wirklich mit dem ASD zusammen gesessen... da haben wir richtig Kontakt gehabt mit den Mitarbeitern und kannten auch die Bedürfnisse, und das zumindest war sehr positiv, weil wir so einen besseren Blick hatten, in welchen Schwierigkeiten die Mitarbeiter sind und wir konnten als Klinik auch ein Stück unsere Position darstellen. Ich denke das war sehr gut“ (KJPPP).

Das Potenzial eines solchen übergreifenden Dialogs wurde bei der Ausarbeitung des Kooperationspapiers zumindest ansatzweise erkannt, und es wurden Vereinbarungen für gemeinsame Kolloquien, gegenseitige Informationen zu Strukturen und Arbeitsweisen der beteiligten Institution sowie zu thematischen Arbeitsgruppen getroffen. Leider bleiben die beschriebenen Formen der Auseinandersetzung in der aktuell vorliegenden Version meist auf einzelne Themenbereiche und die Leitungsebene beschränkt.

„Das gibt's wohl, aber nicht auf meiner Ebene als Assistenzarzt, also da gibt es, glaub ich, in regelmäßigen Abständen auch so Sitzungen, wo dann in der Regel, glaub ich, der Chefarzt und vielleicht auch die Oberärzte mit eingeladen werden, aber das betrifft mich jetzt nicht“ (KJPPP).

Die hier aufgeführte Interviewpassage deutet schon an, dass der fallunabhängige Austausch im Großen und Ganzen auf Leitungsebene stattfindet und die Mitarbeiter nur ungenügend einbezogen werden, was auch die folgenden Aussagen zeigen:

„Ich weiß es auch, dass es so etwas gab, aber wo das nicht sozusagen bis zu uns runter ist, sondern dass es auf der Leitungsebene dort Arbeitsgruppen gibt, da sind wir aber nicht beteiligt. Also das gibt's, aber eben noch nicht in allen Bereichen“ (ASD).

„Also ja das wird's geben, aber es wird nicht bei uns unten ankommen. Das sind dann andere, das sind dann die Etagen, die über uns sitzen, Leitungsebene. Die tauschen sich aus zu diesem Kooperationspapier, aber bei uns unten da kommt nichts an“ (ASD).

„Ja. Wir haben Dinge an Höhere ran zu transportieren... und wie gesagt, ich habe über ein Jahr keine Antwort bekommen, zu gravierenden Dingen, die nicht nur mich betreffen, die auch viele Kollegen betreffen können. Aber da kommt nichts zurück. Was wir mitkriegen: Es bewegt sich viel, aber wir merken das nicht an der Basis“ (ASD).

„Na wir brauchen irgendwelche Vernetzungsformen und das nützt uns glaub ich auch nichts, wenn das nur auf der Chefebene passiert. Ich meine das wäre ja schon mal gut, wenn sich die Chefs auf Grundsätze einigen könnten, aber ich glaube, wir bräuchten so etwas, dass man auch persönlich mehr miteinander ins Gespräch kommt“ (KJPPP).

8.2.1 Arbeitsgruppen und Workshops

In den unterschiedlichen Gesprächssituationen wird festgestellt, dass es einer besseren fallunabhängigen Verständigung bedarf und hierfür geeignetere Formen gefunden werden müssen. Denn wie bereits während des Meißener Modellprojektes (SMS 2007, S.70) festgestellt wurde, tragen persönliche Begegnungen und die Beobachtung der Arbeits- und Denkweisen der Partner untereinander zu einer Festigung des Vertrauens gerade bei kontroversen Einschätzungen bei. So gab es zwar nach Aussage der Interviewten zu Beginn der Kooperationsvereinbarung thematische Arbeitsgruppen; inwiefern diese aber Auswirkungen auf die tatsächliche Kooperation hatten, blieb unklar. Eine kontinuierliche Fortführung solcher Arbeitsgruppen zu aktuell auftretenden Themen ist derzeit nicht erkennbar.

Als besonders bedauernswert wurde in diesem Zusammenhang die Nichtdurchführung der angekündigten gemeinsamen Workshops und/oder Fachtagungen zum gegenseitigen Kennenlernen und zum regelmäßigen fachlichen, fallunspezifischen Austausch betrachtet. Eine Wiederbelebung oder auch Fortsetzung der als sehr positiv und wirkungsvoll eingeschätzten Anfangsveranstaltung wurde von einem Großteil nachdrücklich gewünscht. Die hier aufgeführten Statements sind nur eine Auswahl der dazu gemachten Aussagen.

„Wir haben uns da im Parkkrankenhaus über mehrere Tage, immer so ein halbes Jahr oder ein Jahr war dazwischen, so dass erst einmal überhaupt die Kollegen vom ASD und wir, die jetzt an Kliniken arbeiten als Sozialarbeiter, Ärzte, Psychologen, uns zusammengesetzt, haben dann zusammen gesprochen was uns gefällt, was uns missfällt, was gut ist, was man verändern sollte und haben dann so Workshops gebildet. Und da muss ich sagen, von da an war das Verständnis füreinander, das hat sich gewandelt, das hat sich zum Positiven verändert und das finde ich einfach sehr ansprechend, weil das wirklich was Komplexes ist und weil das in der Zusammenarbeit - weil das getragen hat“(KJPPP).

„Also ich kann mich erinnern, ja das hatten wir gemacht, zum Beispiel mit dem Parkkrankenhaus, das liegt aber glaube ich schon einige Jahre zurück. Da hatten wir also mal so eine große Geschichte, das fand' ich das war ein guter Ansatz“ (ASD).

„Es war mal gut angedacht, ein Ergebnis im Workshop sollte sein, dass sich also, sag' ich mal, 'ne Arbeitsgruppe bildet, wo also ein Vertreter vom ASD die Beziehungen hält und ich meine auch die Klinik selber, sie hat ambulante Formen, sie hat ambulante Stellen. Das ist aber leider noch nicht so umgesetzt worden. Also der Wunsch ist da, ich sehe sicher auch den Bedarf, aber wenn sich da nicht einer mal verantwortlich fühlt und sagt: ‚Wir machen das‘ [...]“ (ASD).

„Weil gar nichts lief. Weil Missverständnisse, Kränkungen - wenn wir was sagten, dann hat der andere an der Strippe das als Verletzung und Einmischung erlebt. Deswegen war die Idee damals, wir machen einen Workshop zusammen, wo sich sozusagen die Mitarbeiter auf einer Ebene, ASD und unsere, auch in diesen einzelnen Arbeitsgruppen

auseinandersetzen, um die Position des anderen dann mal zu verstehen. Das war ein Tagesworkshop und ich denke, seitdem geht es besser, seitdem kann man sich ein bisschen hineindenken und es ist nicht nur die Gemeinheit des anderen“ (KJPPP).

„Also es gab vor einigen Jahren mal hier, zum Glück, eine große Tagung, wo wir die ASD Mitarbeiter, ein Großteil hier hatten, ich weiß gar nicht mehr wie viele. Und wir waren dann in Workshops und erst *da* wurde uns deutlich, unter welchem Aktendruck die stehen und was die für eine Riesenproblempalette zu bearbeiten haben. Aber da gab es auch so viele interne Umstrukturierungen, Veränderungen auf Kreisebene, die wir gar nicht nachvollziehen konnten, und da ist man dann im Fallmanagement einfach manchmal nicht weitergekommen *ohne* zu wissen, was da nun eigentlich grad los ist“ (KJPPP).

Als ein Argument für das Ausbleiben solcher eigentlich gewünschten Arbeitsgruppen und Workshops wird immer wieder angebracht, sowohl im ASD als auch in der Klinik fehle die Zeit, so etwas zu organisieren – geschweige denn daran teilzunehmen. Zu überlegen bleibt, ob sich durch bessere Kenntnis voneinander und mehr Verständnis füreinander nicht Zeit- und Kraftpotenziale einsparen ließen, die in der derzeitigen Situation für die Klärung von Problemen und Irritationen aufgewendet werden müssen. Auch wenn betont wird, dass solche Workshops oder auch Arbeitsgruppen sich nicht immer spezifischen „großen“ Themen widmen müssen, sondern einfach die Möglichkeit zu Verständigung bieten, werden insbesondere nachträgliche Problemfalldiskussionen sowohl vom ASD als auch von den Kliniken als besonders gewinnbringend und ertragreich angesehen.

„Vielleicht wäre ein Treffen einmal im Jahr gut. Ein Tag der Begegnungen oder wo Problemfälle und Unzufriedenheiten besprochen werden können. Ob das nun in einem größeren Kreis ist oder stationsbezogen - mit denen, die es betrifft ist, müsste man gucken. Also, ich denke das wäre schon nicht schlecht, dass nicht so angestauter Frust - das ist es ja meist: man hat einen Fall, der misslingt und dann sieht man den eigenen Anteil nicht und dann geht man voreingenommen ans nächste und dann [...]“ (KJPPP).

ASD-Mitarbeiterinnen schlugen hingegen vor, man könne verschiedene „Gremien“ nutzen, um immer wieder auftretende Probleme zu klären. In ihren Augen müsse dies allerdings zeitnah und nicht nur einmal jährlich stattfinden, um so auf aktuell auftretende Schwierigkeiten reagieren zu können – etwa in einem halbjährlichen Rhythmus. In diesem Zusammenhang kam die Idee auf, man könne sich wöchentlich oder monatlich einen bestimmten Termin blocken, um diesen gegebenenfalls für die Besprechung gravierender Probleme nutzen zu können (vgl. hierzu Kap. 7.3).

8.2.2 Fort- und Weiterbildung

Neben den bisher beleuchteten Aspekten machten die ASD-Mitarbeiterinnen deutlich, dass sie insbesondere Defizite im Austausch mit den Schulen sehen. Ein Dialog außerhalb der Fallarbeit komme hier kaum zustande und beschränke sich auf das Vorstellen des Arbeitsangebotes des ASD gegenüber den Schulen, vorwiegend den Beratungslehrern.

Die interviewten Fachkräfte der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken thematisieren hingegen die in ihren Augen mangelnde Kenntnis anderer Professionen im psychologischen Bereich und wünschen sich dahingehend mehr Fort- und Weiterbildung ihrer Kolleginnen. Interessanterweise wird diese Einschätzung sowohl von den ASD-Mitarbeiterinnen als auch von den befragten Lehrern und Schulsozialarbeiterinnen geteilt.

Umso verwunderlicher ist es, dass das offene Weiterbildungsangebot des Parkkrankenhauses zwar wahrgenommen, aber nur suboptimal genutzt zu werden scheint.

Die Schulen äußern neben dem dringenden Bedarf an Aufklärung über die Psychiatrien und den ASD vor allem mehr praktische Informationen zum Umgang mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Als besonders dringlich wird über die Fort- und Weiterbildungen hinaus aber der Aufbau von Kontaktstellen und Ansprechpartnern im konkreten Fall empfunden.

8.3 „Die werden benannt, aber nicht ausgetragen“: Der Umgang mit Konflikten

Neben dem fallabhängigen sowie –unabhängigen Austausch der beteiligten Institutionen lebt eine funktionierende Zusammenarbeit insbesondere von einem intakten Krisenmanagement. Aus diesem Grund wurde in den durchgeführten Interviews darauf ein besonderes Augenmerk gelegt und der tatsächliche, alltägliche Umgang mit auftretenden Konflikten gezielt thematisiert.

Es zeigte sich, dass Meinungsverschiedenheiten oftmals durch mangelnde Transparenz, Unwissen über Arbeits- und Sichtweisen der jeweils anderen Institution, aber auch durch unklare Zuständigkeiten (Beispiel: Fallmanager) und Erwartungen begründet sind. Besonders häufig handelt es sich in den Auseinandersetzungen um unterschiedliche Ansichten über Jugendhilfemaßnahmen, die sich an einen Klinikaufenthalt anschließen. Die hier aufgeführten Aussagen machen deutlich, wie unterschiedlich mit den Klinikempfehlungen umgegangen wird. Sie zeigen aber auch, dass sich in den letzten Jahren, nicht zuletzt durch die Kooperationsvereinbarung, einiges zum Positiven verändert hat.

„Ja. Es gibt ASDs die wollen das, die sagen ‚wir möchten gerne‘ - wenn sie eine Idee haben. Da denk ich eigentlich auch, angesichts der Breite an Themen die die haben, wäre das ja auch sinnvoll. Manche fühlen sich dann eher bevormundet, gekränkt, beleidigt und dann kommen so die alten Feindschaften zur Psychiatrie und ‚die machen jetzt wieder ihre klugen Sachen‘ - das ist vielleicht eine der größten Schwierigkeiten“ (KJPPP).

„Wenn wir unsere Therapien abschließen - welche Jugendhilfemaßnahme danach kommt, das entscheiden ja nicht wir. Wir machen einen Vorschlag, das Entscheiden macht der ASD und da gibt es viele Knackpunkte. Weil unsere Maßnahmen, die wir vorschlagen, in der Regel teuer sind und integrierte Schulkonzepte haben, also es sind in der Regel 35a-Anträge, und da könnten wir nahezu für jeden hier einen 35a-Antrag stellen. Und da gibt es Riesenprobleme“ (KJPPP).

„Ich möchte ja, dass die eigenständig eine Empfehlung abgeben, es kann mir ja nur helfen. Aber - und ich gehe noch einen Schritt weiter, ich möchte eigentlich, wenn wir so zusammen arbeiten, dann nicht 'ne extreme Empfehlung haben, wo ich sage, aber nie und nimmer, dahinter kann ich nicht stehen. Dann ist eigentlich für mich die Fallarbeit vor den Baum gegangen. [...] Es ist richtig, es gibt also auch Kollegen, die sagen: Egal, was die Klinik vorschlägt, es wird erst mal abgelehnt, weil es die Klinik vorschlägt, so. Aber ich sage, es ist eine Empfehlung und auch im Fachteam ist es eine Empfehlung, und ich sag mal so, das würde ich mir nie nehmen lassen. Ich als fallzuständiger Sozialarbeiter muss eine Entscheidung fällen und ich fälle die, hinter der ich stehe. Und wenn eben da mein Fachteam sagt ‚So‘ und die Klinik sagt ‚So‘, dann gehe ich auch mit mir ins Gericht und treff' eine Entscheidung“ (ASD).

„Ja. Ich kann sie umsetzen, muss sie aber nicht umsetzen, es kommt auch darauf an, wie vehement sie eingefordert wird und das meine ich, wenn man das Kooperationspapier realistisch umsetzt, ist das eigentlich schon eine gemeinsam getragene Empfehlung. Und

wenn es Diskrepanzen gibt, dann müssen sie ausgeräumt werden und dann geht man 'eh noch ins Team, also ich persönlich betrachte die Empfehlung nie als Bevormundung, andere Kollegen schon, die lehnen das kategorisch ab oder fordern es nicht ab“ (ASD).

„Was sich reduziert, ist also diese Vorgabe von den Fachkräften der Kinder- und Jugendpsychiatrie, was wir für Hilfen zu installieren hätten. Das hat sich absolut reduziert, das ist mir in den Fällen nicht mehr passiert. 'Ne Empfehlung ist für mich keine Vorgabe, 'ne Empfehlung ist für mich 'ne Orientierung und ich schau dann für mich selber, hangele ich mich da lang oder denke ich ‚Ist was anderes‘; und dann wird es kommuniziert“ (ASD).

8.3.1 Pädagogische und medizinische Kompetenz

Auch wenn sich die Beziehungen in den letzten Jahren deutlich verbessert haben, sind nach wie vor Konflikte zwischen der Jugendhilfe und der KJPPP vorhanden. So kommt es vor, dass sich der ASD in seiner Entscheidungsautonomie angegriffen fühlt, während die Kliniken ihre medizinische Kompetenz als untergraben oder nicht anerkannt empfinden. Besonders auffällig erscheint, dass solche Konflikte in den meisten Fällen zwar angesprochen, aber nur selten zum Gegenstand konstruktiver Auseinandersetzungen und einvernehmlicher Lösungen werden. Vielmehr ziehen sich die Kliniken auf ihre medizinische Position zurück und betrachten den Fall aus Sicht des ASD mit der Entlassung für sich als beendet, während der ASD aufgrund seiner Entscheidungsmacht für gewöhnlich den eigenen Standpunkt durchsetzen kann.

„Nein, die [Konflikte] werden benannt, aber nicht, nicht ausgetragen. Austragen ist was anderes. Nein, das landet in Vorwürfen und in Positionen, aber nicht in Klärungen“ (ASD).

„Nein, die Fronten waren bloß geklärt! Da habe ich mir die Butter nicht vom Brot nehmen lassen. Ich wollte von der Psychiatrie gern hören, was der Klient braucht. Die sagten aber zu mir, sie könnten mit dem Jungen nicht arbeiten, wenn sie nicht wissen, wie es weiter geht. Und das ging mir nicht ein. Und so ist das dann stehen geblieben“ (ASD).

„Und wir sind eigentlich auseinander gegangen, jeder mit seiner Vorstellung im Kopf. Es gab keinen Konsens oder keine Vereinbarung“ (ASD).

„Aber seitdem ich für mich so die Rolle gefunden habe, dass ich sage, ich bin nur Arzt und [...] ich kann nur medizinisch und ich zieh mich dann auf meine klinische Position zurück. Dass man aus diesem Kompetenzgerangel rauskommt, ja, da sag ich immer: ‚Hören Sie, Sie entscheiden es letztendlich‘. Und dann sind sie froh, dann dürfen sie entscheiden [...] und da achte ich jetzt auch auf die ASD-Zuständigkeiten, dass solche Termini wie außerhäuslich oder WG, dass die erst fallen, wenn der ASD sich da positioniert hat und seitdem komme ich mit denen eigentlich auch ganz gut zurecht“ (KJPPP).

Aus den hier angeführten Interviewpassagen geht auch hervor, dass sich einige MitarbeiterInnen der Kliniken aus den Auseinandersetzungen heraus eigene Strategien zugelegt haben und in der Formulierung ihrer Empfehlungen und Ansichten eher vorsichtig geworden sind, um etwaigen Diskussionen vorzubeugen. Ob dies einer adäquaten Hilfeleistung für den Klienten immer zugutekommt, kann zumindest bezweifelt werden.

Besonders schwierig wird die Zusammenarbeit, wenn fachliche Differenzen auf die persönliche Ebene transferiert werden. Eine konstruktive Zusammenarbeit wird hierdurch erheblich erschwert und mitunter sogar unmöglich. Nicht selten werden so entstandene

Antipathien in andere oder neue Fälle hineingetragen, was die weitere Kooperation zusätzlich beeinträchtigt.

„[...] also wenn ich den Namen schon höre, da bin ich erst mal schon satt, ist einfach so, ja“ (ASD).

„Nein, der ist nicht beseitigt. Ich bin konfliktbeladen beim Nächsten. [...] Ich hab´s hier in dem Fall abgehakt, aber beim nächsten Fall werde ich auf bestimmte Dinge viel kritischer achten“ (ASD).

Um bei divergenten Entscheidungen oder Einschätzungen nicht von der sachlichen Ebene in eine gegenseitige Misstrauenshaltung zu geraten, ist die wechselseitige Kenntnis der Richtlinien der jeweiligen Institutionen umso wichtiger (vgl. SMS 2007, S.70).

8.3.2 Krisenmanagement

Es zeigt sich, und das wurde auch während der Abschlusstagung diskutiert, dass es einer besseren Form des Krisenmanagements bedarf. Zum einen müssen die Arbeitsbeziehungen so tragfähig sein, dass fachliche Differenzen und Meinungsverschiedenheiten auf einer sachlichen Arbeitsebene zeitnah angesprochen werden können und dürfen, zum anderen ist zu überlegen, ob und wie insbesondere in gravierenden Fällen durch das Einbeziehen Dritter die Lösung des Konflikts erleichtert werden kann. Dabei erweist sich der Weg über den nächsten Vorgesetzten nicht immer als hilfreich. Mitunter gibt es diesbezüglich auch erhebliche Hemmschwellen, gerade dann, wenn dieser weniger als Berater und Unterstützer, sondern eher als Kontrolleur und Prüfer wahrgenommen wird. Auch handelt es sich dabei nicht um eine neutrale Person, sondern um jemanden der letztendlich die Interessen seiner Institution vertritt. Deshalb gab es während der Abschlusstagung die Überlegung, ob nicht eine unabhängige Person in der Funktion eines „Schnittstellenmanagers“ in dringenden Fällen Mediationsaufgaben übernehmen und zwischen den Institutionen vermitteln könnte (vgl. LWL 2007, S.20). Für die Schaffung einer solchen Stelle wurde in einer ersten „kühnen“ Überlegung eine Mischfinanzierung aller beteiligten Institutionen ins Auge gefasst.

Ungelöste Konflikte schlagen sich nicht zuletzt auch auf die Beziehung zu den Klienten nieder, und mangelnde Konsensfähigkeit erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass eine Hilfe misslingt. Die Mitarbeiterin einer Klinik formuliert dies treffend.

„Es ist nicht gelöst worden. Und da hat man einfach auch den Konflikt, den wir miteinander hatten, das war schon ein Übertragungsmechanismus und da hat sich praktisch der Klient, sage ich jetzt einfach mal, der hat das für sich ausgenutzt, indem er sich eben hingesezt hat und sich gesagt hat: Jetzt streiten die sich über mich und ich sitze jetzt einfach da, so wie das Häschen in der Grube, nun sollen die halt erstmal machen. Und so ist das dann unbefriedigend nicht gelöst worden und zu Ende gegangen. Dann kam noch erschwerend hinzu, dass dann der Vormund wechselte. Der Vormund, der erst vertretungsweise da war, mit dem die Zusammenarbeit nicht so gut war wie mit dem eigentlich verantwortlichen Vormund, aber durch Krankheit dann der vertretende Vormund der Vormund wurde. Und manchmal haben ja Menschen so eine vorgefertigte Meinung und lassen da nichts umstürzen, so nach dem Motto; dass nichts sein kann, was nicht sein darf und diese Empfindung hatte ich da in diesem Fall. Das war für den Jugendlichen nicht so gut.“

8.4 „Aber sie sagen es nicht!“ – Die Bedeutung von Anerkennung und Wertschätzung

Gegenseitiger Respekt und eine gemeinsame wertschätzende Grundhaltung sind nicht nur wichtige, sondern grundsätzliche Bedingungen für gelingende Kooperation (vgl. Averbek/Hermans 2008). So macht der Abschlussbericht des Meißener Modellprojektes (SMS 2007, S.57) deutlich, dass die Qualität der Beziehungen zueinander und der Austausch untereinander wesentlich durch den Grad der Anerkennung und Wertschätzung bestimmt werden. Für den hier untersuchten Kooperationszusammenhang machen die Interviews alles in allem eine zunehmende Wertschätzung und Anerkennung der fachlichen Autonomie deutlich. Während die Mitarbeiterinnen des ASD die fachlich medizinische Sicht der Klinik schätzen, betonen die Fachkräfte der Klinik wiederum die Anerkennung der Familienorientierung des ASD. Trotz dieser zunehmend positiven Erfahrungen bleibt der Eindruck, dass diese Grundhaltung stark personenabhängig ist und sich insgesamt auf die individuelle Ebene und die Wertschätzung der Arbeitsleistung und des Engagements einzelner Kooperationspartner beschränkt, wie der Mitarbeiter einer Klinik formuliert: „Das merkt man, das ist eben oft auch personengebunden.“ Gleichzeitig wurde aber auch deutlich, dass diese gegenseitige Achtung und Würdigung durch Differenzen mitunter schnell erschüttert wird.

„Das ist ja so eine Sache, solange die Meinung immer in der Meinung der anderen gleich ist, dann wird man natürlich sehr wertgeschätzt und sobald die Meinungen und die fachlichen Einschätzungen abweichen, von denen der anderen, dann ist es mit der Wertschätzung verschieden“ (ASD).

„Also man hat gemerkt, sobald es unterschiedliche Auffassungen gibt - und die gab's: Zwischen Klinik und ASD, da prickelt's, ja“ (ASD).

Darüber hinaus äußerten z.B. ASD-Mitarbeiterinnen Spannungen aufgrund eines nach wie vor wahrgenommenen Statusgefälles von Arzt oder Therapeut zum Sozialarbeiter. Aber auch die Kliniken fordern mitunter mehr Respekt ihrer fachlichen Kompetenz und wollen Empfehlungen geben dürfen.

„Ich denke überhaupt, die Profession des Sozialarbeiters wird wenig anerkannt. Also, man versucht uns immer so für Hampelarbeiten auszunutzen, sag ich mal so. Ich denke, gut, als Vertreter des Jugendamtes ist der Sozialarbeiter noch etwas anderes. Da ist man eine Amtsperson, der hat was zu melden, der hat was zu entscheiden ... Aber hier über die Klinik, da habe ich schon schlimme Dinge erlebt. Konkret mit Therapeuten und mit Leitern und Vorgesetzten, dass man da schon ein bisschen - nicht gerade gut und nett behandelt worden ist...“ (ASD).

„[...] da wurden wir nur belächelt so ein bisschen; und wir sind nichts in den ihren Augen“ (ASD).

Ein Grund für diese Wahrnehmung könnte darin liegen, dass der jeweilige Kooperationspartner mit seinen „andersartigen“ Kompetenzen und Handlungsweisen zwar insgeheim durchaus geachtet wird, dass diese Wertschätzung aber nicht geäußert wird und in den wechselseitigen Beziehungen daher keine Bedeutung erlangt. Wie wichtig es für vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen ist, dass Achtung und Wertschätzung nicht nur eingefordert, sondern auch *artikuliert* werden, haben die für unsere Untersuchung geführten Gespräche einmal mehr gezeigt. Besonders hervorgehoben werden soll hier ein Beispiel, in dem eine Mitarbeiterin des ASD am Ende einer erfolgreichen Zusammenarbeit

ihre Dankbarkeit in Form einer schriftlichen Mitteilung an die entsprechende Therapeutin zu Ausdruck bringt.

„Und was ich überhaupt noch nie hatte, ich habe im Anschluss ein Dankschreiben bekommen mit einer ausdrücklichen Dankeserklärung für eine sehr gute Kooperation.“

Frage: „Von einem ASD-Mitarbeiter?“

„Ja.“

„Das ist aber schön.“

„Ja, hatte ich noch nie. Also einfach, weil es wirklich alles geklappt hat. [...] War ja auch extrem schwierig. Ich denke aber, es hat einfach eine gemeinsame Arbeitsbasis gegeben. Das war besonders positiv. [...] Das war in Ordnung. Da ist am Ende eine gute Lösung heraus gekommen.“

Neben der institutionenübergreifenden Wertschätzung ist aber auch die interne Anerkennung der Arbeit von entscheidender Bedeutung – nicht zuletzt dort, wo es um die Motivation und Bereitschaft geht, sich trotz Problemen und Rückschlägen auch weiterhin für kooperative Prozesse zu engagieren. Die Interviews zeigen, dass sich einige Mitarbeiter eine „nicht getadelt ist halb gelobt“ - Haltung zueigen machen, um sich so die vermisste Bestätigung zu holen bzw. den empfundenen Mangel auszugleichen. Besonders deutlich wurde dies in den Schulen, wo das Engagement für mehr Kooperation bislang noch stärker als in den anderen beteiligten Institutionen vom persönlichen Engagement Einzelner abhängig ist.

9. „Man hat gar keine Zeit dazu“: Komplexer Hilfebedarf aus der Sicht von Schulen

Schule und Jugendhilfe haben mit Kindern und Jugendlichen eine weitgehend identische Zielgruppe. Trotzdem haben sich die beiden Institutionen über Jahrzehnte hinweg „nebeneinander her“ entwickelt. Eine Trennung von Jugendhilfe und Schule lässt sich bereits in den 1920er Jahren verfolgen. Doch aufgrund immer komplexer werdender Problemlagen in der Gesellschaft und somit auch für die pädagogische Arbeit ist eine Verzahnung von Jugendhilfe und Schule heute wichtiger denn je. Schule ist der Ort der Lebenswirklichkeit, an dem Kinder und Jugendliche einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Schule ist somit nicht mehr nur ein Ort des Lernens, sondern auch der Bildung und des Lebens und es müssen Überlegungen angestellt werden, wie sie in die hier evaluierte Kooperationsvereinbarung aufgenommen und integriert werden kann. Dazu wurden mit den Schulen, die an den ausgewählten Fällen beteiligt waren, Interviews durchgeführt, die im Folgenden in ihren Kernaussagen dargestellt werden sollen. Die Interviews der Schulen unterteilten sich, wie die des ASD und der KJPPP, in allgemeine Fragen zur Zusammenarbeit und in spezifische Fragen zum Einzelfall (vgl. Interviewleitfaden Schule im Anhang).

9.1 Wahrnehmungen zur Leistungsfähigkeit von Schule

Betrachtet man Schule, Psychiatrie und Jugendhilfe als einzelne Systeme, so ist die Unterschiedlichkeit ihrer jeweiligen Rahmenbedingungen zu beachten. Wie groß die tatsächlichen Handlungsspielräume der einzelnen Institutionen sind und wo bei der Suche nach neuen Kooperationsansätzen die Grenzen zwischen „Wunsch und Wirklichkeit“ verlaufen, ist nicht immer leicht zu bestimmen. Auch in den von uns durchgeführten Interviews ist diese Unbestimmtheit, dieses Schwanken zwischen unterschiedlichen Betrachtungsebenen, an vielen Stellen zu spüren. Schon die Wahrnehmungen über das Leistungspotential des Kooperationspartners Schule gehen sehr weit auseinander, wenn man die Aussagen den einzelnen Institutionen zugeordnet betrachtet. Äußerungen aus Sicht der Jugendhilfe, speziell des ASD, lauten oft wie folgt:

„[...] dass Schule oftmals nur abschieben will, Problemkinder loswerden möchte; und den Druck kann man dann auch nicht gut aushalten, weil die ja auch nicht mehr das Kind sehen oder den Bedarf des Kindes, sondern nur sich selber.“

Eine andere Mitarbeiterin betont die Notwendigkeit, dass auch LehrerInnen bei der Verständigung über Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf Verbindlichkeiten eingehen müssen, die über Kurzkontakte hinausgehen und mit erheblichem Zeitaufwand verbunden sein können:

„Wobei meine Erfahrungen auch dahingehend sind, dass ich Beteiligte erst davon überzeugen muss a) dass sie verpflichtet sind nach § 36 - also da geht es insbesondere auch um Schule, dass nur mal ein Gespräch am Telefon nicht reicht, sondern das es auch heißt, hier am Hilfeplan mit dazusitzen, Verbindlichkeiten einzugehen, Aufgaben zu übernehmen, bis dahin, dass ich auch einmal eine umfänglichere Stellungnahme haben möchte, dass also die Schule, die Klassenlehrerin möglicherweise das intensiver unterlegt, was sie so beobachtet.“

Im Gegenzug wird in den Gesprächen an den unterschiedlichen Schulen immer wieder auf das enge Zeitkorsett hingewiesen, welches den LehrerInnen ein zeitaufwendiges Engagement für Einzelfälle erschwert bzw. unmöglich macht.

„[...] mit 40 Stunden pro Woche ist nichts drin, wenn man denn eine Klasse hat, weil man ja doch ständig zu Gesprächen geht, ständig versucht alles Mögliche zu klären und sonstiges zu machen. Also es ist ein enormer Aufwand und dann hat man ja nebenbei noch die Unterrichtsvorbereitung, ich sag jetzt mal nur nebenbei, man muss Arbeiten korrigieren, man möchte Gespräche mit den Kindern führen, die man ja auch nicht vergütet bekommt, wo man einfach da sein muss, man geht mal zu irgendwelchen Sportvereinen, wo sie integriert sind, damit man das ganze Umfeld sieht. Der Aufwand ist enorm! Bei 50 Wochenstunden liegt er ungefähr bei jedem Kollegen. Man fährt ins Parkkrankenhaus, wenn die Kinder im Parkkrankenhaus liegen, man fährt sogar ins Parkkrankenhaus, wenn die Eltern drin liegen, wenn die ein psychisches Problem haben und niemanden haben, der sie besucht. Doch - es ist enorm!“ (Schule)

„Wenn Hilfeplangespräche sind oder Gespräche mit Psychologen und die haben nicht anders Zeit als im Unterricht, dann werden wir schon freigestellt. Aber ansonsten liegt das alles im Freizeitbereich, also im Nachmittagsbereich“ (Schule).

Lehrerin 1: „Das ist eigentlich nicht möglich. Das belastet unser Kontingent, unser Zeitkontingent unendlich. Das sind so Sachen, die können wir nirgendwo abrechnen.“

Lehrerin 2: „Nein, das muss anders gemacht werden.“

Lehrerin 1: „Aber das ist so belastend.“

Lehrerin 2: „Wer sich das einfallen lässt“

Lehrerin 1: „Das ist hochgradig belastend. Wobei man nicht davon ausgehen kann, dass jeder Lehrer bei einem Kind in seiner Klasse das in die Klinik geht, da auch die Bereitschaft zeigt. Weil, wir kriegen keine Stunden dafür. Wir haben keine Anrechnung für solche Tätigkeiten. Das ist wirklich das persönliche Engagement, was man da einfach zeigen muss. Oder eben nicht.“

Lehrerin 2: „Der Selbsterhaltungstrieb“.

„Berufsberatung, Lern- und Verhaltensschwierigkeiten, Kooperationen mit außerschulischen Partnern, genau solche Geschichten und Kooperationen sind zeitintensiv. Das ist einfach so“ (Schule).

Wenn Zusammenarbeit gelingen soll, müssen die Beteiligten ein Verständnis für die Rahmenbedingungen entwickeln, unter denen die jeweilige Partnerinstitution arbeitet, und sie müssen sich für die Arbeitsweise dieser Institution interessieren. Wenn die Kooperation bereits an dieser Stelle unbefriedigend verläuft, obwohl sie noch gar nicht wirklich begonnen hat, ist sie von vornherein zum Scheitern verurteilt. Die Kooperationspartner begegnen sich in einem solchen Fall meist nicht mit dem notwendigen Respekt und Vertrauen, sondern mit Skepsis und Voreingenommenheit.

„Wir haben in unserem Stundenpool zwei Stunden für Elternarbeit, wobei die halt wirklich für die Elterngespräche hinsichtlich der Förderplanung und der Fortschreibung der Verlaufsplanung und so dienen sollen, und alles andere ist zusätzlich. Das ist so“ (Schule).

„Na man ist früher mehr in Schulen gegangen. Das macht man heutzutage nicht mehr, man hat gar keine Zeit dazu“ (ASD).

„Es sind einfach die zeitlichen Grenzen, ne. Ich stelle mir vor, das würde hier, nur mal so im Konstrukt, eine Arbeitsgruppe geben, die sagt: Schule für Erziehungshilfe und ASD setzen sich zusammen und gucken mal was passiert da. Da könnte ich mich gut einbringen. Und die treffen sich alle 14 Tage oder alle vier Wochen. Mein zeitliches Budget lässt es einfach wirklich nicht zu. Und ich glaube das sind die Dinge, woran möglicherweise auch solche Sachen scheitern, dass wir in unserer - also ich in meiner

persönlichen Arbeit mich *seit langem* [...] in einer grenzwertigen Arbeitssituation befinde. Also ich meine damit, dass die Fallzahlen und die Arbeitsanforderungen so ein zeitliches Budget in Anspruch nehmen, dass leider diese Zeit zu wenig ist“ (ASD).

Für die strukturellen Rahmenbedingungen der Partner muss ein gegenseitiges Wissen geschaffen werden, um Vorurteile nicht erst aufkommen zu lassen und dem von einer Interviewpartnerin formulierten Eindruck vorzubeugen: „[...] der hat kein Interesse und will seine Probleme abschieben“ (s.o.). Solange Kooperation nicht als ein Teil der Arbeitsaufgaben anerkannt ist, sollte dies vor allem im Sinne der Erwartungen an den Kooperationspartner berücksichtigt werden. Kooperation sollte aufgrund ihrer Wichtigkeit nicht außerhalb der Arbeitszeit stattfinden. Die Untersuchung zeigt durchgängig, dass die Interviewten wenig Zeit für Termine haben, die Kooperation betreffen, und dass diese „nebenbei erledigt“ werden müssen. Im Rahmen von Schule wäre zu überlegen, ob das bereits in Reutlingen erprobte Konzept eines Kooperationslehrers (vgl. hierzu: Mack, R. 1994), der unabhängig von Beratungslehrern und Schulsozialarbeitern fungiert, einen Ansatzpunkt darstellen könnte. Der Kooperationslehrer ist ähnlich wie der Beratungslehrer ein unterrichtender Lehrer an der Schule, dem insgesamt ein Tag in der Woche zur Verfügung steht, um sich Kooperationsfragen zu widmen. Seine Ansprechpartner sind die beteiligten Kooperationspartner, die jeweiligen Klassenlehrer sowie gegebenenfalls die Kinder und Jugendlichen. Durch die Einführung einer solchen Position könnte das Engagement für Kooperation aufgewertet und von der Zumutung befreit werden, dass entsprechende Aktivitäten „nebenbei“ erledigt werden müssen.

9.2 „In den Latschen des Anderen gehen“: Gegenseitiges Verständnis

Neben Information und Wissen über die Handlungsbedingungen der „anderen Seite“ zeichnet sich eine dritte Voraussetzung für gelingende Kooperation ab: gegenseitiges Verständnis. Immer wieder kristallisierte sich in den Gesprächen heraus, dass die jeweiligen Institutionen lediglich sehr wenig über die Strukturen, Arbeitsweisen und Grundhaltungen der mit ihnen zusammenarbeitenden Institutionen wissen. Schnell kann dies zu einem Unverständnis führen, das eine wirkliche Zusammenarbeit verhindert.

„Die (Schulen) sind schon bemüht um eine gute Zusammenarbeit, aber auch da wird die eigene Hilflosigkeit deutlich. Jetzt sind sozialpädagogische Fachkräfte da und dann muss es eben passen, dass der Junge immer pünktlich vor Schulbeginn fünf Minuten in der Schule sitzt. Das sind Dinge, die einfach überhaupt nicht, schon gar nicht schnell zu erledigen sind. Also das geht nicht, das sind völlig verschiedene Sichtweisen, wo die Jugendhilfe in manchen Dingen auch sagt: [...] Also die Jugendhilfe ist drin und die schaffen das ja noch nicht einmal, dieses Problem so zu lösen und da sind vielleicht noch zwei Hilfen drin oder wie auch immer, und die packen das nicht. Und wir als Lehrer müssen das einfach durchnehmen. Also wo auch nicht fachspezifisch geguckt wird. Die haben einen anderen Auftrag als wir und ich glaube schon, dass da noch einiges gemacht werden müsste, um zu erkennen, wie verschieden, die Aufträge sind. Und sicher auch auf einer anderen Ebene dann, auch da ein Konsens gefunden wird, also wie der Anspruch denn nun sein soll“ (ASD).

„Die Schule erlebe ich so, dass sie den reinen Bildungsauftrag für sich sieht, mehr nicht. Selbst wenn sie den Bildungsauftrag umsetzt und es gibt eine Schulpflicht, dann löse ich ein Verhaltensproblem nicht damit, indem ich suspendiere“ (ASD).

„Ich denke mehr wäre sicher günstiger, also, dass man mehr Verständnis für die Arbeit kriegt. Für mich stellt es sich immer so von der Ferne dar, was machen die denn nur?

Ach, die werden schon wissen was sie machen. Aber für mich ist es halt nicht durchsichtig, wenn man für einen Erstklässler keine Lösung findet“ (KJPPP).

„Da erlebe ich so manchmal, dass an uns so Ansprüche [gestellt werden], dass wir heilen oder was ändern, was wir auch nicht können“ (KJPPP).

Im Gegensatz dazu positioniert sich Schule wie folgt:

„Also ich habe eine Unterscheidung, wo ich wirklich sage: Bei den Kindern kann ich mit pädagogischen Möglichkeiten wirklich was erreichen und vorankommen. Und es werden immer mehr Kinder, die schon mit einer kindlichen Psychose oder so bei uns ankommen, wo ich wirklich sage: Dort sind meine pädagogischen Maßnahmen einfach begrenzt, dort komme ich auch nicht weiter und dort bin ich zwar als Schule ein Teil, aber so ein ganz geringer Teil, dort müssen einfach wirklich Therapeuten und Psychologen ran, weil dort hebe ich dann auch die Arme und da muss ich auch sagen: Ich will da auch nichts falsch machen! Also das ist so der Punkt bei mir, wo ich sage, das werden deutlich mehr Kinder, die wirklich auch psychiatrisch, psychologisch, wirklich massive Auffälligkeiten und Probleme haben, was sich auch zum Teil, auch aus den Familien mit raus zieht“ (Schule).

„Man kann nur ein bisschen lenken, ein bisschen steuern aber gravierende Veränderungen können wir hier *nicht* mehr vornehmen. Und unser Problem aus meiner Sicht ist, dass wir eigentlich die Eltern erst erziehen müssten, um Veränderungen an den Kindern vorzunehmen. Und das ist nicht unsere Aufgabe“ (Schule).

„Aber ich denke sowohl das Jugendamt oder einzelne Mitarbeiter im Jugendamt als auch, wenn Kinder in der Klinik sind, erlebe ich Mitarbeiter dort, die in Ihren Äußerungen schon signalisieren: Naja, jetzt gucken wir erst einmal auf die medizinische oder auf die - beim ASD ganz oft familiäre Problematik. So viele Fehltag hat er doch noch nicht. Es ist doch noch gar nicht so schlimm in Schule. Also es kommt so ganz oft die Rückmeldung: Was wollen Sie denn? Bei Ihnen läuft doch eigentlich alles noch so einigermaßen. Und das befriedigt uns natürlich überhaupt nicht, weil wir natürlich sehen, in dem Maße wie in Schule das Kind keinen Erfolg hat, wird die andere Problematik auch nicht besser werden, weil der schulische Erfolg ist ja auch ein ganz wichtiger Aspekt dafür, dass das Kind insgesamt Erfolge hat. Wenn es in der Schule keine hat und im privaten Bereich nicht, wo soll es denn dann die Erfolge haben? Und ich glaube, das wird einfach von dem Partner nicht wertgeschätzt, dass der schulische Erfolg ganz, ganz wichtig auch ist für eine positive Persönlichkeitsentwicklung. Ganz oft wird so einfach geguckt. *Seien Sie doch froh, dass der noch in die Schule kommt.* Das steckt so dahinter. Wo wir eigentlich immer ganz unglücklich sind“ (Schule).

Aussagen wie diese heben sehr deutlich hervor, dass die unterschiedlichen Erwartungen an die einzelnen Kooperationspartner kaum bei den jeweiligen Institutionen ankommen. An diesem Punkt sollte überdacht werden, dass gerade dieses fehlende Wissen und die unterschiedlichen Grundhaltungen im Rahmen einer Zusammenarbeit zu Missmut führen können. Hier sollte mehr Transparenz geschaffen werden. Eine der befragten Personen hat folgenden Vorschlag dafür:

„[...] Kooperationsvereinbarungen zu schaffen - die Frage ist aber, ob das gemeinsame Grundverständnis wirklich da ist und wenn man von Kooperation spricht, [...] ist das wirklich Kooperation oder ist das noch ein bisschen im Kompetenzgerangel stecken geblieben. Also ich denke, schon eher, dass das so ist. Ich denke es ist kein gemeinsames Fallverständnis, weil natürlich jeder versucht seines durchzudrücken oder zumindest so in seinem Kreis zu denken. Und ich denke, man müsste wirklich mal so vier Wochen in den Latschen des anderen gehen, um einfach mal mitzubekommen, warum der das so sieht. Ich denke, dass sind auch oftmals Fehler bei uns, dass wir einfach zu vorschnell denken, der müsste jetzt mal in eine Tagesgruppe gehen, was überhaupt nicht unser Ressort ist“ (Schule).

Es sollte vor allem in Hinblick auf die Einbindung von Schule in die Kooperations-

vereinbarung zwischen ASD und KJPPP darauf geachtet werden, wie einerseits ein gemeinsames Grundverständnis erlangt, andererseits Wissen über Kooperationspartner anschaulich und verständlich vermittelt werden könnte. In diese Überlegung sollte auch gleich eingebunden werden, wie ein Transfer dieses Wissens z.B. an neue Mitarbeiter gewährleistet werden kann. Es wäre zu überlegen, ob neben gemeinsamen Weiterbildungen vielleicht auch im Rahmen der Einarbeitung neuer Mitarbeiter bzw. im Referendariat eine Woche „Schnuppern bei den Partnern“ möglich wäre.

Ferner muss es bei einer verstärkten Einbindung von Schulen in die Kooperationsvereinbarung eine klare Abgrenzung von Kompetenzen geben. Die an einer Zusammenarbeit Beteiligten sollten ein klares Rollenverständnis besitzen und über eine eindeutige Aufgabenverteilung verfügen. Allen Beteiligten sollte klar sein, wo ihre Arbeit ansetzt und an welchen Stellen es zu Kompetenzüberschreitungen kommen kann. Sollte es zu Überschneidungen oder gar zu Kompetenzüberschreitungen kommen, dann sollte dies offen in gemeinsamen Gesprächen geklärt werden. Durch eine eindeutige Kompetenzbestimmung können die jeweiligen Akteure auf ihr fehlendes bzw. auch überschwängliches Handeln aufmerksam gemacht werden.

Auffällig ist, dass Fälle sehr oft vom Engagement der einzelnen Akteure abhängig sind und dass, wenn eine Zusammenarbeit stattfindet, sehr selten negative Aspekte geäußert wurden. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass eine enge Zusammenarbeit das Verständnis und die Wertschätzung und Anerkennung für den Kooperationspartner steigern lässt. Durch die Zusammenarbeit und das dadurch entstehende Verständnis füreinander könnte auch die Kooperation „auf Augenhöhe“ gebracht werden. Dass es genau daran oft fehlt, wurde in den Gesprächen ebenfalls mehrfach angesprochen:

„Naja, bei normalen Schulen stelle ich mir das immer schwierig vor. [...]. Gut, man könnte die mit einbeziehen, um für das Kind eben noch mehr Verständnis zu erreichen: Warum der jetzt so reagiert und, dass der eben nicht böswillig die Lehrerin tangiert, sondern, da ist ja auch eine Geschichte. [...] Eigentlich verwehre ich mich dagegen, immer diese Einzelfälle als Problemfälle zu betrachten, mit den Lehrern. Weil sobald das Kind mal was rumschmeißt und sonst irgendwas, muss das nicht gleich immer alles beim Jugendamt angezeigt werden. Wenn der mal kein Frühstück mit hat oder so. Da kann man auch viel lostreten. Ist ja klare Sache der Schule, also Schulsuspendierung etc. Das muss schon erst mal bei denen geklärt werden, dass es so was nicht gibt, wenn man die dann noch mit einbezieht, ich glaube da könnte man manchmal noch viele Fässer aufmachen. Also ist nicht alles gut an Kooperation. Weil die können sich da auch ganz schön schnell dann da mit einschließen. [...] Und so eine Einweisung von Kindern klärt oft nicht die Probleme zu Hause, das ist einfach eine Verlagerung. Aber so denken viele noch, auch Schulen, wir müssen jetzt mal in die Psychiatrie, die müssen von uns besucht werden. Und zu Hause ändert sich nichts. Schrecklich. Kinder sollen „repariert“ werden und kommen als neue Kinder nach Hause. Aber so denken viele Schulen, vielleicht ist es auch manchmal gut, wenn eben doch mehr Kooperation ist, dass die mehr Verständnis dafür erlangen“ (ASD).

„Ohne (Zusammenarbeit) geht es nicht, also wenn wir den ASD nicht hätten und andere Möglichkeiten, wie Familienhelfer, wie Erziehungsbeistand und so, wäre das alles nicht leistbar. Das muss Hand in Hand sein und die allerwichtigsten Partner sind für uns natürlich die Eltern“ (Schule).

„Am besten sind für mich die Hilfeplangespräche, wo ein ASD-Mitarbeiter dann doch hierher kommt, möglichst auch die Schule dabei ist und Kinder und Eltern. Die habe ich als sehr konstruktiv in Erinnerung, weil dann die Dinge zusammengefügt werden, also die Ergebnisse der Behandlung, der Diagnostik und was für weitere Hilfen nötig sind. Das sind die besten Gespräche“ (KJPPP).

Beachtet man diese Grundsätze der Zusammenarbeit, dann gilt es lediglich noch die Struktur und Inhalte vorzugeben und die Kooperation durch den Willen zur Zusammenarbeit mit Leben zu füllen.

9.3 Informationsfluss

„Wir müssen ja miteinander sprechen. Bei jedem einzelnen Kind. Und das passiert nicht. Es ist eine Sprachlosigkeit. Jeder arbeitet vor sich hin“ (Schule). Neben den Rahmenbedingungen und dem Wissen über Kooperationspartner haben wir die Probanden zu der Art und Weise des Informationsflusses sowie zu den Inhalten von Informationen befragt. Ziel war es herauszufinden, ob und wie kommuniziert wird und welche Inhalte eventuell im Rahmen des Austausches zu viel sind bzw. zu kurz kommen. Auffällig ist, dass genau in diesem Bereich eine große Diskrepanz darüber herrscht, welche Informationen für Schule relevant sind. Hier werden sehr ungleiche Forderungen von Schule und im Gegenzug von ASD und KJPPP geäußert. Die Jugendhilfe und auch die Psychiatrien sind bei ihrer Informationsauswahl unter anderem deswegen vorsichtig, weil sie wollen, dass Schule unvoreingenommen mit den Schülern weiterarbeitet. Schule berichtet dazu in ihren Interviews, dass sie Informationen für die Weiterarbeit mit den Kindern und Jugendlichen benötigt.

„Ich sitze nicht in allen Hilfeplänen mit der Schule am Tisch, wenn Schule im Rahmen des Hilfebedarfes nicht das große Thema ist, dann ist die Schule außen vor. Wenn Schule Thema ist, wenn ein Kind gemobbt wird oder eine Schulunlust oder irgendwas, dann ist Schule am Tisch, aber wenn es um wirklich erzieherische Kompetenzen von Eltern geht, erst mal in der Familie, dann nehme ich Schule nicht dazu. Das müssen die doch nicht so wissen“ (ASD).

„Vor allen Dingen dann, wenn die Kinder stundenweise wieder bei uns beschult werden, dann werden wir drüber informiert, was am Nachmittag passiert, aber wir werden nicht in allen Einzelheiten informiert, also wenn eine Familientherapie oder so ansteht, das erfahren wir meistens *weniger*, bzw. wir erfahren dann auch gar nicht, was in den Therapien mit dem Kind eigentlich abgeklärt werden soll oder abgeklärt wird. Und was das aller Schlimmste ist, wir kriegen zu 99% keinen Bericht hinterher. Wir wissen also nicht, was dann in der Klinik gelaufen ist, was dabei herausgekommen ist, was für ein Befund. Diesen Berichten laufen wir hinterher, den kann ein Arzt schreiben, aber muss ihn nicht schreiben“ (Schule).

„Der grundsätzliche Informationsfluss, also ich finde es total Quatsch, den vertraglich festzuhalten. Aber wahrscheinlich muss man es einfach vertraglich festhalten, dass man wirklich sagt: Also wir sind die drei Partner, wir arbeiten an ein und demselben Kind. Und dann müssen einfach die Informationen ohne große Probleme zügig fließen, [...] dass man sagen kann: Jeder, der an dem Fall beteiligt ist, weiß von den anderen, was er derzeit macht. Und dass man auch eine gewisse Zeitschiene setzt [...]. Man muss sich eine Zeitschiene setzen, wo man einfach sagt: Hier wäre es wichtig, dass wir noch mal ein Telefonat machen. Und nicht nur immer, wenn es brennt, sondern auch einfach mal zwischendurch, dass man wieder so eine Grundinfo hat“ (Schule).

Von allen an der Kooperation Beteiligten sollte daher ein Konsens darüber angestrebt werden, welche Informationen wie weitergegeben werden können und sollten, damit eine gute und lückenlose Weiterarbeit mit den Betroffenen ermöglicht werden kann. Erst wenn dies klar festgelegt wird und damit keine falschen Erwartungen von Seiten der Schule aufkommen können, kann im Sinne von Kooperation Unmut abgebaut werden.

9.4 Exkurs: Eltern als Mittler und Vermittler

Immer wieder wurde in den Gesprächen festgestellt, dass die Freien Träger der Hilfen zur Erziehung und die Eltern der betroffenen Kinder und Jugendlichen eine Mittlerfunktion zwischen Schule, ASD und KJPPP einnehmen.

„Ja also die WG hatte ständig Kontakt mit der Schule gehabt, wenn da irgendwas war. Die Zusammenarbeit hat immer gut funktioniert“ (ASD).

„Nein. Das (Informationen an Lehrer weitergeben) machen wir nicht. Bei meinen Patienten bespreche ich das immer und sage, sagen sie in der Schule Bescheid, dass er hier ist, dann müssen die sich hier so eine Art Krankenschein ohne Diagnose ausfüllen lassen, dass zumindest eine Entschuldigung da ist und dann, wenn er entlassen wird, Bescheid zu sagen in der Schule - also, entweder er kommt zurück oder er kommt nicht zurück. So machen wir das.“

Frage: „Sie delegieren an die Eltern und diese sollen das dann regeln?“

„Genau. Das ist bei uns so gängig“ (KJPPP).

„Ich hatte letzte Woche einen Workshop bei Lehrern. Und da war in meinem Workshop auch eine Lehrerin die gesagt hat - da war auch wieder jemand zurück gekommen nach einer Behandlung [...] und da hätten sie auch gern mehr Informationen gehabt, wobei wir da ja auf die Eltern angewiesen sind und das ist auch ein Stückchen Aufgabe der Eltern, das mit der Schule zu klären. Und wenn die das nicht wünschen und wir nicht der Schweigepflicht entbunden werden, dürfen wir es auch nicht. Wir bieten den Eltern Hilfe an, wenn sie uns signalisieren, es könnte etwas schwierig werden, dann initiieren wir das. Aber wir machen es nicht routinemäßig bei allen. Es gibt auch welche, die sagen: Es ist kein Problem, ich gehe wieder in meine alte Klasse. Da müssten sich eigentlich die Lehrer an die Eltern wenden“ (KJPPP).

„Schule gar nicht, also die erfahren nichts. Also das, ich weiß ja nicht, ob ich es konkret gemacht habe, aber dass ich der Mutter gesagt habe, weil die hat ja mit der Schule eng zusammen gearbeitet, also die ist auch der Verbindungsmann zur Schule, weil sie muss sie ja auch abmelden bzw. diese Meldung an die Schule geben, aber über mich nicht. Die haben über mich nichts erfahren“ (ASD).

„Auf Rückfrage beim ASD habe ich immer die Antwort gekriegt: Nein, das ist die Aufgabe der Eltern, Ihnen so etwas mitzuteilen. Also die weisen das auch richtig von sich, die Bearbeiter oder die Betreuer dort. Weil die sagen: Die Eltern haben das Aufenthaltsbestimmungsrecht, die Eltern, so sie das Erziehungsrecht haben, haben halt die Pflicht. Das mit Schule abzustimmen funktioniert aber nicht, weil die Eltern ganz oft so überlastet oder ja einfach nicht in der Lage sind, das wahrzunehmen. Also selbst ganz, ganz oft Schwierigkeiten haben“ (Schule).

„Naja, dass zumindest im Gespräch eine Gleichwertigkeit da ist. Weil so im Grunde genommen, Lehrer müssen immer zuarbeiten und haben nie das Recht, wegen Datenschutz oder was weiß ich, eine Rückmeldung einzufordern“ (Schule).

Diese Funktion als Informationsträger ist im Sinne des Datenschutzes durchaus wichtig. In der Aktenanalyse und in den Interviews wurde deutlich, dass die Kommunikation in den Fällen gut funktioniert, in denen die Eltern engagiert mitgearbeitet haben. Jedoch sollten nicht die Fälle außer Acht gelassen werden, in denen die Eltern nicht dazu in der Lage sind, diese Funktion zu übernehmen. Hier stellt sich die Frage, inwiefern man Eltern, die sich in dieser kritischen Situation befinden, überfordert und wie man sie in dieser ihnen zugetragenen Rolle unterstützen kann. Ferner sollte nicht vergessen werden, dass über diesen Weg der Kommunikation wichtige Teilaspekte verloren gehen können und der Informationsvermittler die Macht hat, bestimmte Informationen vorzuenthalten. Das mehrfach berichtete Ausspielen der Kooperationspartner könnte somit erleichtert werden.

Hier sei noch einmal auf die bereits erwähnte Funktion von Kooperationslehrern sowie Schulsozialarbeitern als Vermittlern zu den Hilfen zur Erziehung hingewiesen.

„Auch mit den WGs, in denen er dann untergebracht wurde, hatten wir ständigen Kontakt. Es gab einmal im Monat eine persönliche Beratung und wenn irgendetwas Ernsthaftes war, dann wurde halt telefoniert miteinander. Also das lief auch sehr gut“ (Schule).

„Es gibt ja auch Kinder, bei denen ist das nicht so intensiv und dann haben wir natürlich auch Erziehungsbeistände, die wir betreuen, zu denen der Kontakt ganz hervorragend läuft. Also ich habe jetzt aktuell mit zweien in der Praxisklasse zu tun, da geht E-Mail-Verkehr hin und her, da meldet sich der Mitarbeiter ab, wenn er in den Urlaub geht und sagt: Also hier, der nächste Termin mit dem Jungen ist am so-und-so-vielten. Und in der Zwischenzeit gibt es eben eine Vertretung oder es konnte keine Absprache getroffen werden. So etwas funktioniert eben *auch*“ (Schule).

Bei der Auswertung des Datenmaterials war auffällig, dass die Hilfen zur Erziehung in den Aussagen der Schule kaum ein relevantes Thema darstellen, sondern der Fokus vor allem beim ASD und den Familien liegt. Anzunehmen ist, dass die Zusammenarbeit von Schule und den Hilfen zur Erziehung besser und konfliktfreier funktioniert, da die Hilfen zur Erziehung auf die Zusammenarbeit mit der Schule angewiesen sind und sie auf die Schulen zugehen.

Auch im komplexen Gebilde Schule sollte transparent sein, wer die Kontaktperson für den Kooperationspartner ist. Dies könnte z.B. der Kooperationslehrer der Schule sein - genauso wie für Schule deutlich sein muss, an wen sie sich in den jeweiligen Institutionen wenden kann.

9.5 Zur Einbindung von Schule in den Kooperationsprozess

Wie bereits in den Ausführungen zur Kooperationsvereinbarung festgestellt wurde, wird Schule in den Prozess des Klinikaufenthaltes kaum einbezogen.

„Ach, ich wusste ja gar nicht, dass sie in der Klinik war“ (Schule).

Wiederholt wurde in den Interviews von Lehrern bemängelt, dass der Informationsfluss sehr einseitig sei. Oft haben sie das Gefühl, dass Zusammenarbeit nur dann gefordert wird, wenn eine der anderen Institutionen Informationen benötigt. Im Umkehrschluss werden jedoch kaum Informationen an die Schule weitergegeben. Die folgenden Zitate sollen verdeutlichen, dass Schulen sich vor allem dadurch überfordert fühlen, dass sie in der Entlassungsphase nicht einbezogen und dann ohne Vorbereitung mit den Jugendlichen konfrontiert werden.

„Ja der negative Knackpunkt war für mich, dass festgestellt wurde: Er ist nicht gruppentauglich. In einer kleinen Gruppe nicht führbar. Und als er dann noch in meine Klasse zurückkam, mit zehn Schülern. Da habe ich gesagt: Geht ja eigentlich gar nicht, und wo ich eigentlich auch der Meinung war: Das ist Sache der Psychiatrie, sich darum zu kümmern, dass der Junge gruppentauglich wird. Die haben Lehrer dort, die haben Psychologen dort, die haben also beide Seiten. Da muss es also möglich sein, dem Jungen zu helfen! Da war ich dann auch ziemlich geplättet und auch hilflos, wo ich dann gesagt habe: Ja und was mach *ich* jetzt?“ (Schule).

„Bloß, dann muss man drüber sprechen, was können wir als Schule eigentlich da machen? Wenn wir so ein Kind an der Schule haben. Und dann muss es eben was geben, wo solche Kinder hinkommen. Das geht doch nicht so einfach, dass die wieder einfach zurückkommen. Wir können die nicht therapieren. Die kommen jetzt zurück in das alte Leben“ (Schule).

„Das ist eigentlich auch wirklich schlimm, dass wir eigentlich gar nicht wissen - das ist eigentlich wirklich verrückt, das geht eigentlich auch gar nicht: Wir wissen gar nicht, was die Kinder dort die ganze Zeit machen, diese Wochen. Warum die so dick wiederkommen“ (Schule).

„Man hätte schon zumindest Informationen gebraucht. Informationen, um auch manche Situationen anders, für sich selber anders, einschätzen zu können und auch in der Zusammenarbeit mit dem Mädchen auf dieser Vieraugenbasis vielleicht auch anders vorgehen zu können. Also, man hätte sie vielleicht dort eher mal in den Arm nehmen *müssen*, wenn man den Hintergrund gehabt hätte und so weiter. Das würde ich auf jeden Fall so sehen“ (Schule).

Die Wahrnehmung, dass Schulen im Umgang mit dieser Klientel oft überfordert sind, wird auch von Seiten des ASD und der KJPPP geäußert.

„Die sind nicht gut ausgebildet. Die haben Angst vor den Kindern und agieren aus Angst. Wahrscheinlich sind die überfordert mit dieser Konzentration von extrem schwerstgestörten Kindern“ (KJPPP).

„Ich denke, dass man bisher das Feld schon ein wenig außen vor gelassen hat. Das ist schon so, dass wir von den Schulen Einschätzungen anfordern, wir die in der Regel auch kriegen, aber dass man gerade um den Übergang nach Hause ein Stück zu unterstützen, die müssen ja alle wieder in die Schule gehen, also die meisten, dass es vielleicht wirklich sinnvoller wäre auch zu gucken, wie kann man mehr mit der Schule zusammenarbeiten um das ein Stück zu erleichtern“ (KJPPP).

„Ja die Schule muss schon einbezogen werden, ist klar die müssen ja wissen worum es geht oder wie sie sich verhalten dem Jugendlichen gegenüber oder wie sie ihn auch besser verstehen können, wenn sie das können“ (ASD).

In diesen Interviewpassagen wird offensichtlich, dass die Schule zum einen aufgrund fehlender Zusammenarbeit und Kommunikation überfordert ist, zum anderen aber oft nicht als gleichberechtigter Partner wahrgenommen wird – auch wenn die Sichtweisen in diesem Punkt offenkundig im Wandel begriffen sind. Klärungsbedürftig erscheint, wie und wann Informationen an die Schule weitergegeben werden. Denn Schulen möchten rechtzeitig wissen, wie es den Kindern geht, wann sie wieder kommen und wie sie weiter gefördert werden können. Vorzuschlagen wäre ein festgesetztes und rechtzeitiges Abschlussgespräch mit allen am Fall Beteiligten, um diese Fragen zu klären und entsprechende Befürchtungen aus dem Weg zu räumen.

9.6 Einbindung von Schule – ein Diskussionsvorschlag

Im Rahmen der Abschlussstagung des Projektes hat der „Workshop Schule“ ein Schema für die Einbindung des Kooperationspartners Schule in die vorhandene Kooperationsvereinbarung erarbeitet (vgl. Abb.15). Die Beteiligten des Workshops, die aus unterschiedlichen Institutionen stammten (Jugendamt, Freie Träger der Hilfen zur Erziehung, Schulen, Sächsische Bildungsagentur und Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie) waren sich einig darüber, dass der Kooperationspartner Schule in seiner gesamten Komplexität betrachtet werden muss.

Grundsätzlich sollte die Einbindung von Schule in die vorliegende Kooperationsvereinbarung in zwei Phasen geschehen. Zu Beginn sollte es eine Phase der Empfehlungen und darauf folgend eine Phase der Implementierung der Kooperation geben. Ferner sollte zu Beginn lediglich mit Schwerpunktschulen zusammengearbeitet werden, bevor alle Schulen im Leipziger Raum in die Kooperation einbezogen werden. Als zeitliche Zielvorgabe wurde geäußert, dass in der ersten Jahreshälfte 2010 die Empfehlungen erarbeitet und Schwerpunktschulen ausgewählt werden sollen. Mitte bis Ende des Jahres sollte dann die Kooperation auf alle Leipziger Schulen ausgeweitet werden. Im Rahmen dieser Zweigliederung wäre es von Vorteil, Modellprojekte zu entwickeln, welche sich gezielt mit der Kooperation aller Beteiligten und den dadurch entstehenden neuen Kooperationsbeziehungen auseinandersetzen. In diesem Zusammenhang sollte den einzelnen Schulen im Rahmen der Vereinbarung ein eigener Spielraum gelassen und als Ideengrundlage eine Mustervereinbarung zur Verfügung gestellt werden. Es sollte den einzelnen Schulen jedoch möglich sein, diese zu modifizieren und somit adäquate Kooperationsvereinbarungen zu treffen.

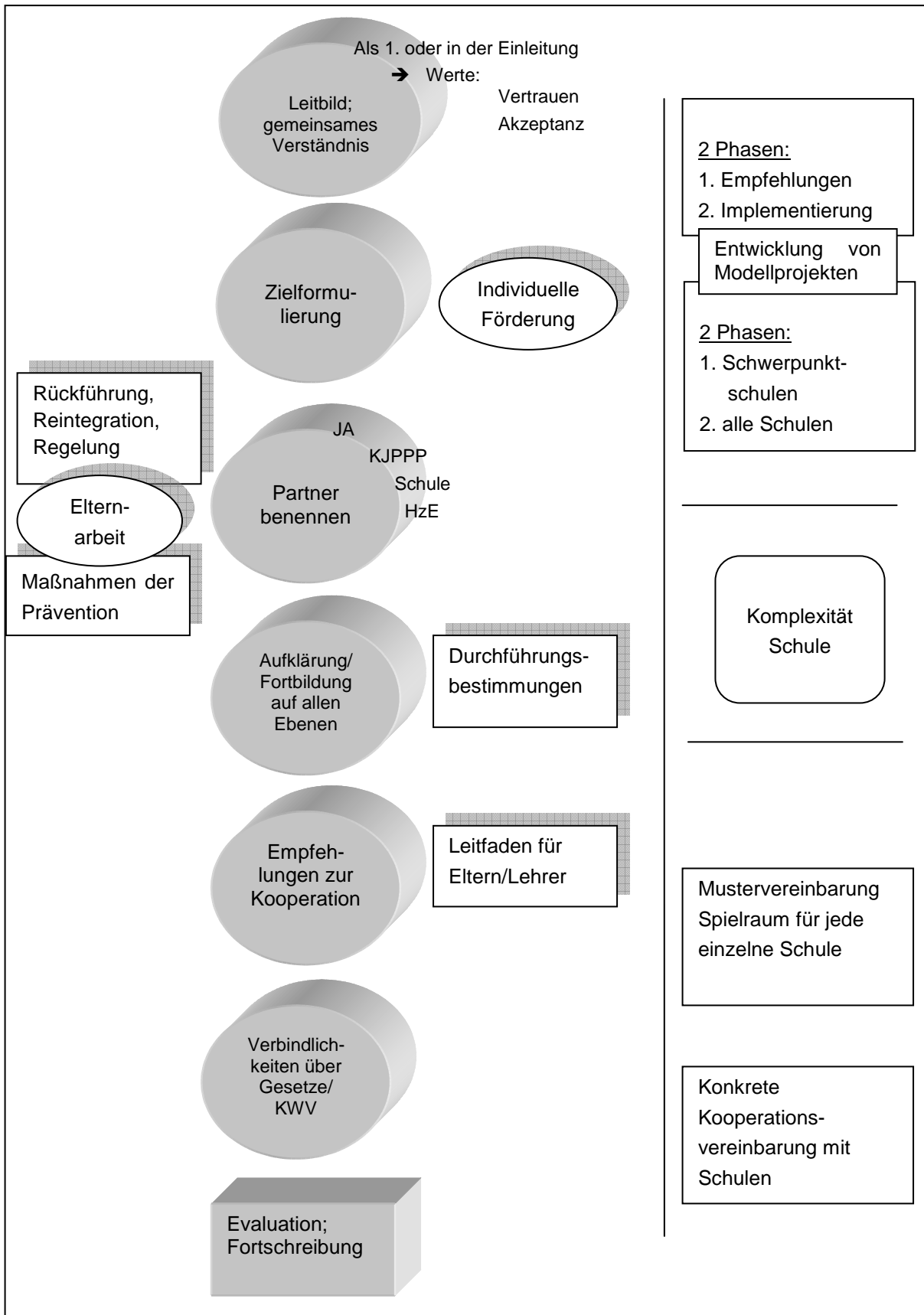


Abb.15: Während der Abschlusstagung erarbeitetes Schema

Die Diskussion der Arbeitsgruppe hat erneut deutlich gemacht, wie wichtig ein genaues Verständnis von Kooperation, Akzeptanz, Interdisziplinarität und Vertrauen gerade auch im Verhältnis zur Schule ist. Die klare Formulierung gemeinsamer Ziele wie individuelle Förderung, Integration und Beteiligung erscheint hier von besonderer Bedeutung, damit sich aus der konkreten Arbeit mit Einzelfällen ein von allen geteiltes „Leitbild“ von Kooperation entwickeln kann. Gefordert wurde zum Beispiel, für die Rückführung und Re-Integration des Jugendlichen nach einem Klinikaufenthalt eindeutige Regelungen zu treffen. Auch wurde darauf verwiesen, dass im Rahmen der Kooperationsvereinbarung alle Partner benannt werden sollten, und dass im Rahmen der Vereinbarung eine deutliche Position zum Stellenwert der Elternarbeit bezogen werden sollte.

Weitere Forderungen bezogen sich auf Information, fachliche Aufklärung und Fortbildungen, die in regelmäßigen Zeiträumen auf allen betroffenen Ebenen stattfinden sollten – etwa zum Austausch von Ideen, Erfahrungen und zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit. Auf diese Weise könnte verhindert werden, dass Kooperation lediglich auf den höheren, von der Praxis entfernten Hierarchie-Ebenen weiterentwickelt wird oder dass die Fortbildungen nur für den Personenkreis zugänglich sind, der neu eingestellt wurde; überlegt wurde darüber hinaus, wie solche gemeinsamen Dialoge, Fortbildungsaktivitäten u.ä. klarer strukturiert werden könnten.

Im Rahmen der Empfehlungen zur Kooperation wären Leitfäden für Lehrer und auch Eltern von Bedeutung. Diese müssten jedoch noch entwickelt und ausgearbeitet werden. Grundsätzlich wurde von der gesamten Arbeitsgruppe gefordert, Kooperation langfristig nicht nur als „Notanker“ für die Behebung von Defiziten und Problemsituationen, sondern als ein Stück praktizierte Prävention zu begreifen. Dazu müssten sich allerdings auch die Rahmenbedingungen und Strukturen von Schule so verändern, dass Kooperation für alle Beteiligten leichter zu verwirklichen ist und die Wahrnehmung von Kooperationsaufgaben im Rahmen des Schulalltags auch anerkannt bzw. angerechnet wird.

Die Sächsische Bildungsagentur erklärte sich dazu bereit, für das Jugendamt als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen und sich gemeinsam mit dem Jugendamt sowie Vertretern der anderen Kooperationspartner an Diskussionen zur Weiterentwicklung der Kooperationsvereinbarung zu beteiligen.

10. Zur Position der Hilfen zur Erziehung im Umgang mit komplexem Hilfebedarf

Nachdem der Bereich der Hilfen zur Erziehung in den vorherigen Kapiteln bereits unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet wurde, soll im Folgenden noch einmal ihre spezifische Sicht auf Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf herausgearbeitet werden.

10.1 „Da war ich letztendlich immer der Vermittler“ – die Rolle der ambulanten Hilfen

Die Auswertung der Workshops mit Leistungsanbietern aus den Hilfen zur Erziehung ergab, dass die ambulanten Hilfeformen in diesem Bereich eine wichtige Vermittlerposition zwischen den Familien und den beteiligten Institutionen (ASD, KJPPP, HzE und Schule) einnehmen. Vor allem sind sie, sofern bereits im Vorhinein eine Hilfe begonnen wurde, bei den wichtigsten Beratungen und Helferkonferenzen mit eingebunden. Dadurch können sie Eltern unterstützen und zwischen den unterschiedlichen Perspektiven zum Hilfeverlauf vermitteln. Diese „Dolmetscherrolle“ resultiert teilweise auch aus dem Wunsch der Eltern, die im Umgang mit der Problematik an ihre Grenzen stoßen und sich von diesen Fachkräften aufgrund ihrer größeren Nähe zu den Familien besser verstanden fühlen. Dem kommen die Mitarbeiter der Hilfeeinrichtungen entgegen, indem sie sich um Offenheit gegenüber den Familien und Sorgeberechtigten sowie um Transparenz im Kontakt zu den Schulen bemühen. Ein Mitarbeiter der Jugendgerichtshilfe sagt dazu:

„Also die Jugendhilfeeinrichtung vor der Entlassung aus dem Parkkrankenhaus hatte keinen Kontakt zum Parkkrankenhaus, also da war ich letztendlich immer der Vermittler, wir fungieren dann als Vermittler, als Koordinator“ (JGH).

Die Jugendgerichtshilfe ist jedoch nur an einem Teil der Fälle beteiligt, nämlich bei straffälligen Jugendlichen. Schon deshalb kann die hier beschriebene Vermittlerrolle nicht generell von der JGH übernommen werden. Wenn im Fallverlauf oder bereits bei Fallstart deutlich wird, dass ein Vermittler zwischen der Familie und den Institutionen notwendig bzw. für den Hilfeverlauf förderlich ist, sollte diese Position von den ambulanten Hilfen zur Erziehung gewährleistet werden, wenn der ASD dies nicht leisten kann. Dies gilt besonders bei Eltern und Sorgeberechtigten mit geringer Fähigkeit zu aktiver Mitarbeit. In diesen Fällen kann eine ambulante Hilfe, beispielsweise ein Erziehungsbeistand, eingesetzt werden, um die Eltern zu unterstützen. Dies kann eine bessere Zusammenarbeit mit den Familien ermöglichen und ist gerade in Fällen von komplexem Hilfebedarf, bei denen eine Vielzahl von Institutionen beteiligt sind, eine sinnvolle zusätzliche Intervention. Zudem läge darin eine Entlastung für den ASD, der diese Vermittlerrolle aufgrund der großen Zahl der Fälle nicht so intensiv leisten kann. Die Gefahr besteht lediglich darin, dass die Fallsteuerung dem ASD zunehmend entgleitet, wie der folgende Auszug andeutet:

Frage: „Wenn Sie [...] Informationen gekriegt haben, [...] also während sie dort war, von wem haben Sie die gekriegt und wie zeitnah war das?“

ASD: „Es war sehr zeitnah und eigentlich nur durch den Erziehungsbeistand.“

Frage: „Also der hat dann immer informiert?“

ASD: „Genau, und der hat eigentlich auch viel da mit initiiert oder begleitet, beraten [...] und war da eigentlich mein Hauptansprechpartner und da habe ich mich einfach auch zurückgenommen dann.“

10.2 „Also bleibt ja bloß Auswärtsunterbringung“: Zum Angebot stationärer Jugendhilfeeinrichtungen in Leipzig

Ein weiterer Faktor, der den Verlauf der Hilfen bei Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf stark beeinflusst, ist das Angebotsspektrum der stationären Hilfen zur Erziehung im Großraum Leipzig. So ging aus den Interviews klar hervor, dass ein deutlicher Mangel an alternativen stationären Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung vorliegt. Insbesondere fehlt es an Institutionen mit speziellen, störungsspezifischen Profilen (z.B. suchttherapeutische Einrichtungen). Dies veranschaulicht das folgende Zitat:

„In Leipzig gibt es solche Einrichtungen nicht, die auf dieser Grundlage arbeiten und außerhalb in ganz Sachsen [...] kenne ich nur Einrichtungen, die Jungenprojekte angeboten haben“ (ASD).

Die vorhandenen Jugendhilfeeinrichtungen können nicht die gesamte Breite der auftretenden Problematiken und Störungsbilder der Kinder und Jugendlichen auffangen. Vielmehr haben sie klare Grenzen - etwa bei der geschlossenen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen. Die Situation wird zusätzlich dadurch erschwert, dass die vorhandenen Einrichtungen in Leipzig und Umgebung ausgelastet, teilweise sogar überlastet sind. Dies geht auch aus den Angaben des Jugendamtes zur Auslastung der stationären Einrichtungen in kommunaler und freier Trägerschaft für das Jahr 2008 hervor. So variiert die durchschnittliche Auslastung der einzelnen Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft im Jahr 2008 zwischen ca. 91% und maximal 110%, bei einem Durchschnitt von 98% (Stadt Leipzig, 2009, S.5). Im Bereich der Einrichtungen in freier Trägerschaft ist die Auslastung mit durchschnittlich 96% im Jahr etwas geringer (ebd., S.2f.).

Durch diesen Mangel und die hohe Auslastung der vorhandenen Einrichtungen in Leipzig und Umgebung gestaltet es sich für den ASD immer wieder schwierig, im stationären Bereich einen Platz für die Kinder und Jugendlichen zu finden. Außerdem müssen Kinder und Jugendliche vereinzelt entgegen der ursprünglichen Zielsetzung und gegen den Wunsch des Klienten außerhalb Leipzigs untergebracht werden, was wiederum negativ auf die Mitwirkungsbereitschaft des Kindes oder Jugendlichen wirkt und somit den Hilfeverlauf belastet. Hier sei nochmals erwähnt, dass alle Kinder und Jugendlichen der untersuchten Stichprobe, die eine stationäre Hilfe benötigten, in verschiedenen Einrichtungen *außerhalb* von Leipzig untergebracht werden mussten. Dies verdeutlicht, dass die Leipziger Einrichtungen das große Spektrum der möglichen Beeinträchtigungen und Problemlagen nicht auffangen können, wie auch aus dem folgenden Zitat hervorgeht:

„Leipzig hat es keine Drogen- WGs [...], also bleibt ja bloß Auswärtsunterbringung“ (ASD).

Dementsprechend müsste die Landschaft der Hilfen zur Erziehung im Großraum Leipzig erweitert werden, damit die Möglichkeit besteht, aus verschiedenen Angeboten dasjenige auszuwählen, das dem Kind am besten entspricht. Zudem geht aus den Interviews hervor, dass Einrichtungen gefordert werden, die in enger Zusammenarbeit mit den Kliniken arbeiten, um so eine bessere ambulante oder auch teilstationäre Nachbetreuung zu ermöglichen, welche zeitlich und fachlich unmittelbar an die stationäre Behandlung anschließt. Eine Mitarbeiterin des ASD formuliert dies so:

„Traurig bin ich dennoch - warum gelingt es nicht, in Leipzig mal so einen Träger zu etablieren, in irgendeiner Form. Also [...] die müssen ja nicht unmittelbar auf dem Klinikgelände sein, aber die ganz eng mit der Klinik zusammen arbeiten.“

Außerdem wird von den Fachkräften aus dem Bereich der Hilfen zur Erziehung auch auf den Mangel an Einrichtungen der Freizeitpädagogik in Leipzig verwiesen. In diesem Zusammenhang ist die Rede von „vereinsamten Jugendlichen“. Dies wird nicht selten auch als Grund für einen abweichenden Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen angesehen.

10.3 „Das Konzept der therapeutischen WG ist noch nicht zu Ende gedacht“: Qualitative Erfordernisse in den stationären Hilfeeinrichtungen

Diesem quantitativen Entwicklungsbedarf steht auch ein qualitativer gegenüber. So wird besonders aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Grundkonzeption und der fachliche Rahmen von therapeutischen Wohngemeinschaften kritisiert und eine Überarbeitung und Ausdifferenzierung gewünscht, wie die folgenden beiden Aussagen unterstreichen:

„Ich empfehle nie therapeutische WGs! Einfach weil ich denke, das Konstrukt passt nicht [...] das Konzept der therapeutischen WG ist meiner Meinung nach noch nicht zu Ende gedacht“ (KJPPP).

„Dann haben die ja meist nur einen halben Psychologen, so als Ausrüstung, und nennen sich dann therapeutische WG“ (KJPPP).

Weiterhin wird eine Überforderung der stationären therapeutischen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe angemahnt, auch aufgrund ungenügender psychotherapeutischer Qualifikation der Mitarbeiter. Ein Zitat eines Mitarbeiters der KJPPP beschreibt dies so:

„Manche können es nicht so leisten, wie es eigentlich wünschenswert wäre, die Betreuung, auch nicht so den Kenntnisstand haben über psychische Erkrankungen, die ja dann bei den Verhaltensauffälligkeiten oft mit reinspielen. Oder dass auch therapeutische WGs völlig überfordert sind, teilweise.“

Eine angemessene psychosoziale Versorgung in Einrichtungen mit therapeutischem Profil ist jedoch eine elementare Voraussetzung, um eine adäquate medizinisch-psychologische Behandlung zu gewährleisten und einen positiven Entwicklungsverlauf zu fördern. Als Folge des Vorbehalts und der Ablehnung gegenüber den therapeutischen Wohngemeinschaften werden dann im konkreten Fall Alternativen zur Nachbetreuung bevorzugt, wie aus dem folgenden Kommentar hervorgeht.

„Und deshalb gucke ich lieber, dass ich eine gute pädagogische WG finde, die wenigstens schon mal den Rahmen bietet, den ein Jugendlicher braucht, und dann guck ich lieber noch, dass der außerhalb der WG Hilfen findet“ (KJPPP).

Damit die therapeutischen WGs nun in der Praxis eine höhere Relevanz bekommen bzw. ihre eigentliche Rolle ausfüllen können, bedarf es der Feinabstimmung und Ausdifferenzierung der jeweiligen pädagogisch-therapeutischen Konzepte der Einrichtungen. Weiterhin müssen die Mitarbeiter einer therapeutischen WG die notwendigen Fachkenntnisse besitzen, vor allem im Bereich der psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit kontinuierlicher Weiterbildung der Mitarbeiter. Eine enge Zusammenarbeit mit den Kliniken ist außerdem sinnvoll, um einen gemeinsamen therapeutischen Weg zu beschreiten und dem Klienten eine klare Struktur zu bieten. Dies bedarf einer genaueren Abstimmung und Kooperation von WGs und psychiatrischen Fachkliniken.

Sinnvoll erscheint hier auch der Versuch, die Hilfen zur Erziehung frühzeitig zu beteiligen (möglichst bereits während des Psychiatrieaufenthaltes), um den weiteren Verlauf der Hilfe positiv zu beeinflussen. So kann die Angemessenheit der Einrichtung im Hinblick auf die Bedürfnisse des Kindes besser bewertet werden – sowohl von Seiten der Psychiatrie, vor allem aber aus Sicht der jeweiligen Einrichtungen selbst, welche das Kind oder den Jugendlichen letztlich übernehmen sollen. Das ermöglicht wiederum, dass voreilig getroffene Entscheidungen und daraus resultierende vorzeitige Abbrüche durch die Einrichtung oder das Kind selbst vermieden werden können, und die Leistungsanbieter im Bereich der Hilfen zur Erziehung sich nicht in die Rolle der „Feuerwehr“ gedrängt fühlen. Andererseits ist es wichtig, dass die Kinder und Jugendlichen, welche aus einer geeigneten Wohngemeinschaft in eine stationäre Therapie der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen, auch während der Behandlung formal zunächst weiter in der Einrichtung verbleiben bzw. ihren Platz vorerst sicher haben. Ein KJPPP- Mitarbeiter schildert die Problematik emotional:

„Zum Beispiel so ein Irrglaube, die WGs denken immer sie entlassen, wenn einer hier zur Behandlung kommt. Na mein Gott, ich kündige auch nicht meine Wohnung, wenn ich mir den Blinddarm rausnehmen lasse, also wir sind ein Krankenhaus und WGs sind Wohnungen.“

Der Verbleib in der Einrichtung gibt dem Klienten im Verlauf des Hilfeprozesses sowohl eine klarere Struktur als auch eine Perspektive für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt, die sonst häufig fehlt. Die Kinder und Jugendlichen brauchen ein „Zuhause“, das Sicherheit, Geborgenheit und eine Rückzugsmöglichkeit bietet. Ein fließender Übergang vom Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zurück in die ursprüngliche Wohngemeinschaft ist besonders bei solchen Fällen von Bedeutung, in denen eine vorübergehende Entlassung in die Obhut der Eltern bzw. Sorgeberechtigten gefährdend wirken kann. Zudem sind die Hilfeeinrichtungen so auch während des Behandlungszeitraumes weiter im Hilfeprozess des Kindes oder des Jugendlichen involviert, wodurch eine rechtzeitige Einbindung und die Teilnahme an Helferkonferenzen gewährleistet werden. Aufgrund der hohen Auslastung der stationären Einrichtungen und der finanziellen Ressourcen ist eine „Reservierung“ des WG-Platzes jedoch schwer zu realisieren, was einmal auf die Notwendigkeit verweist, das Angebot und das Spektrum der stationären Hilfen zur Erziehung stark zu erweitern.

Festzuhalten bleibt, dass Kooperationsprozesse *Zeit* benötigen. Diese sollte allen Beteiligten des anspruchsvollen Hilfeprozesses, den Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf benötigen, in ausreichendem Maße gewährt werden – Zeit für fachliche Klärung und Verständigung; Zeit für die Klienten selbst, ihre individuellen Wünsche, Bedürfnisse und Probleme; und nicht zuletzt: Zeit für die Reflexion jenes besonderen pädagogisch-therapeutischen Aufgabenspektrums, das sich mit dem Begriff „Komplexer Hilfebedarf“ verbindet.

11. „Ich hab mir mehr Beratung gewünscht“: Hilfeprozesse in der Wahrnehmung von Familien

Um das Bild zu vervollständigen, wurden im Rahmen der Studie auch die Eltern (in vielen Fällen alleinerziehende Mütter) von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf nach ihren Erfahrungen mit den verschiedenen Hilfe leistenden Institutionen gefragt. Dies geschah mit Hilfe eines halbstandardisierten Interviewleitfadens, der sowohl Fragen nach der aktuellen familiären Situation (Partner, Kinder, Arbeit usw.) als auch Fragen zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten aus der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasste. Auf diese Weise sollte geklärt werden, was die Erziehungsberechtigten über die verschiedenen Institutionen wissen, welche Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen sie ihnen gegenüber hegen, aber auch: wie sie ihre Möglichkeiten zur Mitwirkung bei der Hilfeplanung und -gestaltung einschätzen und welche Erwartungen sie an die Elternarbeit haben.

Die Familie als Empfänger der Hilfeleistung ist im Sinne der Kooperationsvereinbarung kein *Kooperationspartner*. Zwar stellt die vorliegende Vereinbarung die Familie ohne Zweifel in den Mittelpunkt des Interesses, bezieht sie aber in erster Linie als Hilfeempfänger und zu wenig als mitverantwortlichen Gestalter der Hilfe(plan)prozesse ein. Sieht man einmal von der Sicherstellung der gesetzlichen Grundlagen ab (Wunsch- und Wahlrecht, Mitwirkungspflicht), so gibt es kaum Strukturen bzw. verbindlich formulierte Vereinbarungen, die es den Familien erleichtern würden, den an sie gestellten Erwartungen auch wirklich nachzukommen. Sowohl die Ressourcen der professionellen Helfer als auch die Potentiale der Eltern werden dadurch oft nur unzulänglich genutzt. Aus Sicht der Eltern ergeben sich daraus Situationen, in denen sie sich zu wenig einbezogen fühlen und unter Umständen resignieren.

11.1 Ambivalenz

Das nachfolgende Beispiel bezieht sich auf Erfahrungen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es macht deutlich, dass Erziehungsberechtigte sich in akuten Notsituationen als handlungsunfähig empfinden können, weil sich ihre widersprüchlichen Erfahrungen nicht auf einen Nenner bringen lassen. Es zeigt, wie wichtig in einem solchen Fall festgelegte Verfahrensabläufe sind, mit denen eine wirkliche Beteiligung aller sichergestellt werden kann – d.h. einer Form von Beteiligung, die über die bloße Sicherstellung persönlicher Anwesenheit hinausgeht. In den Gesprächsauszügen schildert eine von uns befragte Mutter, wie sie die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie sowie ihre eigene Einbindung in diesen Prozess erlebt hat. Ihren Gesamteindruck schildert sie ambivalent: „Es kommt auf den Bearbeiter an. Also, wir haben gute Erfahrungen gemacht und wir haben schlechte Erfahrungen gemacht“. Ihre

Tochter musste aufgrund der angespannten familiären Situation schon als kleines Kind von der Jugendhilfe bzw. in Pflegefamilien betreut werden, auch weil sie selbst in dieser Zeit gesundheitlich stark beeinträchtigt war. Zum Zeitpunkt des Interviews mit der Mutter ist die Tochter vierzehn Jahre alt und befindet sich in der Psychiatrie, wo der weitere Hilfeverlauf geklärt werden soll. Die Mutter selbst hat die Einweisung des Mädchens in einer akuten Notsituation veranlasst, weil sie sich von den Problemen überfordert fühlte. In der ersten Gesprächspassage äußert sie sich ausgesprochen kritisch und beklagt sich über ihre mangelnde Einbeziehung in den Entscheidungsprozess.

„Ich hab sie einweisen lassen auf meinen Wunsch hin, weil sie sich ganz stark geritzt hatte [...] Und dann ist die Zeit verstrichen, da hatten wir ein Gespräch gehabt und das lief so hundsmiserabel, also da sollte über unseren Kopf hinweg entschieden werden. Da ist überhaupt nicht unsere Anwesenheit wahrgenommen worden. Das ging dann nur zwischen der Frau vom ASD, dem Betreuer meiner Tochter und der Klinik hin und her. Meine Tochter ist gar nicht gefragt oder angehört worden. Also, sie hat versucht, sich zu Wort zu melden; da ist gar nichts irgendwie- und ich habe auch versucht, etwas zu sagen, aber ich bin dann wirklich runter gedrückt worden von den [Leuten in der Klinik]. Ja. Das war so schlimm, dass wir gesagt haben, das machen wir nicht noch mal.“

Frage: „Und haben Sie das auch zum Ausdruck gebracht?“

„Nee, das ging gar nicht!“

Frage: „Sie sind gar nicht zu Wort gekommen?“

„Nee, gar nicht.“

Im weiteren Verlauf des Gesprächs kommen auch andere, positive Erfahrungen zu Sprache. Vor allem über eine Bezugstherapeutin, die sich nach einem Klinikaufenthalt um die Nachbetreuung der Tochter kümmert, äußert sie sich anerkennend. Mit ihrer Hilfe gelingt es, eine für alle Beteiligten tragbare Lösung zu finden:

„Eigentlich der erste Mensch, mit dem sie überhaupt klar kam. Das Gespräch lief eigentlich unheimlich gut. Zu Hause war es eben so, dass meine Tochter gar nicht mehr mit mir klar kam und ich nicht mehr mit ihr klar kam und sie einfach so fertig war, dass sie gesagt hat, sie will hier raus. Und dann ist nach einer Lösung gesucht worden zwischen allen Parteien, was für meine Tochter am besten wäre und was sie sich wünscht. Und dann hat sie die Chance bekommen, sich WG's anzugucken.“

Dass die Mutter sich über ihre Erfahrungen mit der Psychiatrie hier sowohl kritisch als auch zustimmend äußert, entspricht einer Ambivalenz, die auch in vielen anderen Gesprächen mit Erziehungsberechtigten zum Ausdruck gebracht wurde. Zweifellos hat dieses Schwanken zwischen gegensätzlichen Erfahrungsanteilen auch damit zu tun, dass Begegnungen mit der Institution Psychiatrie für die betroffenen Eltern oft angstbesetzt sind und dass bestimmte kinder- und jugendpsychiatrische Interventionen zunächst einmal befremdlich oder irritierend auf sie wirken. Eine Ärztin der KJPPP unterstreicht in diesem Zusammenhang, wie wichtig es ist, Eltern über die Aufgaben der Psychiatrie entsprechend zu informieren und sie über die Ziele und Mittel jugendpsychiatrischer Behandlungsformen aufzuklären.

„Immer aufklären, dass ich sage: Das ist zum Schutz des Kindes gegen Sicherheitsrisiken, damit es nicht sich selbst oder andere verletzt. Das muss man immer wieder bedenken.“

Inwieweit Eltern diese Informationen auch wirklich aufnehmen und einordnen können, muss an dieser Stelle offen bleiben. Immer wieder wurde von den befragten Müttern und Vätern geäußert, wie erschrocken und erstarrt sie waren, wenn sie von den im Zitat angesprochenen Maßnahmen zur Selbst- und Fremdsicherung (Fixierungen, Medikamentengabe zur Sedierung u.ä.) erfuhren. Vor allem in Situationen mit schweren emotionalen Belastungen fühlen Eltern sich häufig allein gelassen und können nicht verstehen, *warum* bestimmte Interventionen notwendig oder hilfreich sein sollen. Die Gespräche mit verantwortlichen MitarbeiterInnen im ASD und in Einrichtungen der Erziehungshilfe über Situationen, in denen psychiatrische Maßnahmen veranlasst werden mussten, enthalten dafür viele Beispiele.

Zu Beginn dieses Abschnitts wurde die Frage der Beteiligung von Eltern angesprochen. Zu überlegen wäre in diesem Zusammenhang, ob ergebnisorientierte Gesprächsprotokolle, die einvernehmlich dokumentiert und auch allen anderen, nichtanwesenden Verfahrensbeteiligten zur Verfügung gestellt werden könnten, ein sinnvolles Instrument zur Stärkung von Beteiligungserfahrungen sein könnten (vgl. auch Kap. 10.6).

11.2 Überforderung

Die meisten Angehörigen beschreiben die Gefühle, die sich mit einem Aufenthalt des Kindes in der Psychiatrie verbinden, auch aus größerem zeitlichem Abstand als widersprüchlich. Auch wenn die Eltern durchaus nachvollziehen können, dass ihre Kinder psychiatrische Hilfe benötigen, stehen sie den tatsächlichen Ereignissen vor Ort oft unvorbereitet und ungeschützt gegenüber. Die Handlungsweisen und Interventionsformen der Kinder- und Jugendpsychiatrie erleben sie auch deswegen als Belastung, weil sie ihnen zum wiederholten Mal ihren Kontrollverlust vor Augen führen. Das Personal der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann zwar versuchen, sie bei der Bewältigung solcher Erfahrungen von Unzulänglichkeit und Versagen zu unterstützen – verhindern kann sie sie kaum.

Um eine solche Konstellation geht es auch im folgenden Beispiel. Eine Mutter, deren Sohn bereits in der ersten Klasse auffällig wurde und im zweiten Schuljahr auf Grund schulischer Schwierigkeiten erstmals in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kam, äußert, dass sie sich von ihrer Situation überfordert fühlt. Die Frau berichtet zunächst von ihrer familiären Situation, die durch frühe Trennung vom Vater des Jungen und weitere Belastungen geprägt war. Ausschlaggebend war die problematische schulische Entwicklung des Jungen, verbunden mit einschneidenden Veränderungen der familiären Situation. Im weiteren Verlauf der Gesprächspassage kommen ihre Erfahrungen mit der

Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Sprache.

„Ich habe das auch so empfunden: Seit mein Sohn in die Schule kam, wurde es immer schlimmer. Und seitdem die Kleine [die Schwester des Jungen] da war, wurde das sowieso nur schlimmer [...] Ich hatte mich damals von seinem Vater getrennt, da war er fünf. Dann ist die Kleine geboren, in dem gleichen Zeitraum, also da war er bei der Oma, in den letzten Tagen, wo ich mit der Kleinen schwanger war. Und in der Zeit haben wir uns getrennt, eigentlich. Der Junge kam wieder, die Kleine war da und der Papa war weg. Im Grunde genommen wollte er nicht mehr. Er war Papas Liebling und dadurch, dass ich mich um die Kleine kümmern musste – das ist eine Sache, die eigentlich kein Kind versteht, aber bei ihm war das ganz extrem.“

Frage: „Haben Sie da [in der KJPPP] Hilfe gefunden, von der Sie dachten, das ist gut für mich oder für uns?“

„Eigentlich nicht. Auch damals schon nicht. Ich fand das damals schon schlimm, dass sie die Kinder mit Tabletten beruhigt haben, die er die ganzen Jahre nehmen musste und die er auch jetzt noch nimmt.“

Etwas später betont die Mutter in demselben Gespräch, ihrem Sohn sei es durch die Medikamente möglich, seinen Alltag besser zu gestalten, nachts besser durchzuschlafen und sich ausgeglichen zu verhalten. Trotzdem bleibt sie den Medikamenten gegenüber misstrauisch: „Da gab es dann Vorfälle, wo er erst recht ruhig gestellt wurde. Wo er mir vorkam, wie zugehöhnt.“

Beide bisher betrachteten Beispiele beleuchten die Schwierigkeiten von Eltern, die bei ihren Kindern veranlassten Interventionen zu verstehen, sie zu akzeptieren und auch selbst mit zu tragen. Zudem zeigen sie, welche Rolle der ständige Wechsel von Bezugspersonen in der frühen Entwicklung der Kinder spielte, und sie unterstreichen die Notwendigkeit, Eltern über institutionelle Strukturen und medizinische Behandlungsansätze verständlich zu informieren. Deutlich wird, dass es in solchen Belastungssituationen zuweilen an „Dolmetschern“ fehlt, die den Eltern etwas von ihren eigenen Ängsten abnehmen und ihre Bereitschaft zu aktiver Mitarbeit stärken könnten. Dies geht auch aus der folgenden Äußerung einer Ärztin hervor. Insbesondere wird hier unterstrichen, wie wichtig eine kontinuierliche Mitarbeit der Eltern bzw. des gesamten Familiensystems für die Gestaltung des Hilfeprozesses und den Therapieerfolg ist.

„Bei der Jugendpsychiatrie gehört es dazu, das ist einer der Kernbausteine. Sie können nicht mit einem Kind arbeiten, ohne das System mit einzubeziehen. Also, es ist bei uns immer Einzel- und Familientherapie [...] Wir machen Gruppenarbeit hier hauszentriert, weil Peergruppen-Arbeit wichtig ist. Da gehören ganz intensive Psychotherapiegruppen in allen Altersgruppen und Einzeltherapie und dann eben die multimodalen Bausteine wie Ergotherapie, Bewegungstherapie, Logopädie, sozialpädagogische, sozialarbeiterische Gruppen und ähnliches dazu. Die Eltern sind eben in diesen familientherapeutischen Sitzungen, und wir haben dann in den Bereichen der Station auch noch Elterngruppen.“

„In der Tagesklinik haben wir dann noch elternpädagogische Arbeit. Da ist es ganz wichtig, da das Kind nur tagsüber hier ist, auch zu Hause das Klima so zu gestalten, dass es therapeutisch verträglich ist. Mit dem Home Treatment sind wir dabei zu implementieren, dass wir Hausbesuche machen, mit denen zu Hause arbeiten, Elterngruppen [...] Und da haben wir jetzt eben auch solche Lerninhalte mit drin. Die Eltern müssen sechs Elternabende besuchen, wo sie ihre Rolle als Eltern kennen lernen.“

11.3 Voraussetzungen für gelingende Kooperation

Das folgende Beispiel zeigt, wie sich durch Offenheit und wechselseitige Wertschätzung eine „gelingende“ Kooperation zwischen Eltern und Klinik entwickeln kann. Die Mutter, die hier über ihre Erfahrungen mit der KJPPP spricht, fühlt sich von der zuständigen Psychologin in der Psychiatrie gut angenommen und verstanden. Den Kontakt mit der Klinik und die angebotenen Gespräche erlebt sie als hilfreich. Im Interview beschreibt sie nicht nur ihr eigenes Bedürfnis nach Information, sondern spricht auch darüber, wie ihr Verständnis für die Arbeit der Psychologen und Psychiater im Laufe der Zeit gewachsen ist. Dabei hebt sie hervor, dass sie ebenso wie auch ihr Sohn von Seiten der Klinik Achtung und Wertschätzung erfahren hat. Auf dieser Grundlage gelingt es ihr auch in schwierigen Situationen zu akzeptieren, dass Interventionen notwendig sind, auch wenn sie diese möglicherweise nicht sofort nachvollziehen kann.

„Ich sehe es ja, die [in der KJPPP] haben andere Prioritäten, die müssen therapieren und behandeln. Ich sage nur, Frau ..., der ist noch klein, ich gebe den in ihre Obhut. Also müssen sie in gewisser Weise meinen Part mit übernehmen. Und dazu gehört auch Körperhygiene. Der müffelte am Tisch und aß [...]“

Frage: „Und Sie konnten das mit Frau ... besprechen?“

„Natürlich!“

In den Fällen, in denen eine psychiatrische Unterbringung planbar ist, können die dem vorausgehenden Kommunikationsprozesse durch die jeweils fallführenden MitarbeiterInnen des ASD realisiert werden. Wo dies möglich und erforderlich ist, können auch Helfer hinzugezogen werden, zu denen die Eltern eine tragfähige Beziehung aufgebaut haben. Eine Mitarbeiterin des Allgemeinen Sozialdienstes beschreibt den für sie offenbar alltäglichen Vorgang so:

„Wenn ich denke, dass Psychiatricaufenthalte für Kinder wichtig und notwendig sind, dann *bespreche* ich das mit den Eltern. Ich mach' die Eltern mobil, dass sie ihren Part im Rahmen der elterlichen Sorge erfüllen.“

Hier wird dem fachlichen Anspruch Rechnung getragen, die Eltern frühzeitig und umfassend einzubeziehen und sie in ihrer Erziehungsverantwortung ernst zu nehmen. Voraussetzung dafür ist, dass sie selbst in diesem Zusammenhang „mobil“ werden müssen, anstatt passiv abzuwarten, bis ihr Kind aus der Klinik entlassen wird. In den Elterngesprächen, um die es der ASD-Mitarbeiterin geht, sollten allerdings auch die Belastungen und Probleme zu Sprache kommen, die der Klinikaufenthalt eines Kindes für die Erziehungsberechtigten mit sich bringen kann. In diesem Zusammenhang kann es durchaus hilfreich sein, auch „worst case“ Szenarien anzusprechen, um sie so gut wie möglich auf die Konfrontation mit Extremsituationen vorzubereiten. Solche Gespräche brauchen Zeit und lassen sich oft nur mit Mühe in die alltäglichen Abläufe integrieren.

Eine Ärztin aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie erwähnt im folgenden Gesprächsauszug die Schwierigkeiten, die sich bei der Kontaktaufnahme und im Lauf der

Zusammenarbeit ergeben können. Wie sie dabei deutlich macht, sind sich auch die MitarbeiterInnen der Psychiatrie über die massiven Belastungen im Klaren, denen die betroffenen Eltern sowohl infolge ihrer eigenen Lebensprobleme als auch ihrer Erfahrungen im Zusammenhang mit der Psychiatrie-Einweisung ihrer Kinder unterliegen.

„[...] dass die [Eltern] hier vielleicht stärker mit einbezogen werden könnten, um zu sehen, wie wir mit den Kindern umgehen. Nähe und Distanz ist oft eine Schwierigkeit. Oder wenn sie noch kleiner sind, da gibt es überhaupt keine Struktur oder Grenzen. Dass das den Eltern nahe gebracht wird und auch in Einzelgesprächen mit den Eltern angesprochen wird; das geht natürlich erst, wenn man ein bestimmtes Vertrauen, eine bestimmte Beziehung aufgebaut hat und offen sprechen kann; dass man eben sagen kann: Ich habe die *Vermutung* [...] Man muss es ja vorsichtig formulieren, da sie selbst auch sehr belastet sind und (muss fragen): *Möchten* sie darüber sprechen? etc. So dass man, wenn man da mehr Hintergrundwissen hat, gegebenenfalls mit den Eltern sprechen kann und sagen kann: Ich würde ihnen das und das *empfehlen*. Weil, wir in der Klinik haben ja immer nur eine beratende Funktion.“

Mit einem Blick auf die widersprüchlichen Erwartungen, die Eltern oft an die Behandlung ihrer Kinder in der KJPP richten, setzt die Ärztin ihren Gedankengang fort:

„Die ASD-Mitarbeiter sind an dem Kind dran. Gut, da hängt die Familie auch noch mit dran - aber bei uns jetzt, da müsste man noch mehr mit den Eltern - es wäre jetzt falsch ausgedrückt, wenn ich sage: die mit *einbeziehen*, die sind ja mit einbezogen, [aber]: *Forderungen stellen*, was die zu erfüllen haben; weil, die sind für mich irgendwo im luftleeren Raum. Und dann stellen sich oft Eltern hin und haben ihre Kinder hier abgegeben, also gelagert, so nach dem Motto: ‚Jetzt macht mal, und nach vier Monaten oder nach einem halben Jahr möchte ich das Kind so haben, wie *ich* mir das vorstelle!‘ Und das ist ja genau diese Funktion, die überhaupt nicht funktionieren kann.“

Hier wird auf eine verbreitete Haltung verwiesen, mit der Eltern sich aus den Hilfeprozessen möglichst weit zurückziehen versuchen, von den Institutionen aber zugleich „Wunder“ erwarten. Auch an vielen weiteren Stellen der Interviews wurde daher die Notwendigkeit hervorgehoben, Eltern bei der Planung und Gestaltung von Hilfeprozessen stärker in die Pflicht zu nehmen, sie an ihre eigene Verantwortung zu erinnern, aber auch: ihre positive Motivation zur Mitarbeit zu stärken.

Die für diesen Abschnitt zusammengestellten Beispiele belegen die Schwierigkeit, Eltern bei plötzlichen Einweisungen ihrer Kinder so zu begleiten, dass auftretende Belastungen und Widerstände gemildert werden können. Dies kann keineswegs der alleinigen Verantwortung der MitarbeiterInnen in der Psychiatrie überlassen werden, die weder zeitlich noch personell dazu in der Lage sind, in akuten Situationen intensiv mit den Angehörigen zu arbeiten. Bei der Überarbeitung der bestehenden Kooperationsvereinbarung sollten solche „Bruchstellen“ des Hilfeprozesses stärker zur Kenntnis genommen und durch geeignete Strategien reduziert werden. Denkbar wäre beispielsweise, dass Erziehungsberechtigte aus dem Kreis der einbezogenen Helfer eine Person ihres Vertrauens benennen und um Begleitung bitten könnten. Nach Möglichkeit sollte dies präventiv diskutiert werden, da Familien mit komplexem Hilfebedarf häufig bereits mehrere niedrigschwellige Angebote wahrgenommen haben, oft in mehrere

Betreuungssettings gleichzeitig eingebunden und den Helfern vielfach bereits vor dem Eintreten akuter Notsituationen bekannt sind.

Abgesehen von den kritischen Einschätzungen, von denen in den bisherigen Beispielen die Rede war (vor allem im Zusammenhang mit akuten Notsituationen), können die Befunde der durchgeführten Interviews in einem zentralen Punkt positiv formuliert werden: Immer wieder beschreiben Erziehungsberechtigte die Erfahrung, dass sie sich durch das Personal der Psychiatrie gut angenommen gefühlt haben, dass man ihnen mit Wertschätzung begegnete und versucht hat, sie in den Hilfeprozess einzubeziehen. Dass Eltern auch in subjektiv sehr belastenden Momenten für ihre Mitwirkung gewonnen werden können, ist ein wichtiges Teilergebnis der Interviewstudie.

11.4 Erfahrungen mit dem ASD

Insgesamt lässt sich auch hier eine positive Einschätzung an den Anfang stellen: Sowohl die Erziehungsberechtigten als auch die Kinder selbst schätzen die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt (in der Regel also mit dem Allgemeinen Sozialdienst) überwiegend als gut ein – was nicht mit reibungsloser oder konfliktfreier Kommunikation gleichzusetzen ist. Deutlich wird, dass die Erziehungsberechtigten trotz ihrer angespannten Situation ein Gespür für unangemessene Kommunikationsprozesse haben und diese in der Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Mitarbeiterinnen dann auch zu klären versuchen. Als problematisch empfanden die Eltern vor allem folgende Punkte:

- Häufiger Wechsel der zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Unzureichende oder nicht verständliche Informationen über laufende bzw. geplante Interventionen und deren Zielsetzungen
- Mangelnde Berücksichtigung emotionaler Belastungssituationen, etwa bei Verlegungen von Kindern und Jugendlichen in andere Einrichtungen, vor und während der Psychiatrieaufenthalte, bei einem notwendigen Schulwechsel etc.

Die MitarbeiterInnen des ASD sind als fallverantwortliche Helfer in der Regel die ersten Ansprechpartner für die Familien. Gleichzeitig sind sie oft diejenigen, die den häufigsten Kontakt mit den Familien haben. Im Einzelfall kann dies bedeuten, dass sie den Eltern bestimmte schwierige „Botschaften“ übermitteln und ihnen gegenüber möglicherweise Entscheidungen vertreten müssen, die ihren Vorstellungen zuwiderlaufen. Die Inanspruchnahme öffentlicher Erziehungshilfe (gerade wenn sie von Dritten initiiert wurde) erfordert von den Familien viel Überwindung. Immerhin geht es um Sachverhalte und Probleme, die „normalerweise“ innerfamiliär geklärt werden und selbst dem näheren sozialen Umfeld verborgen bleiben. Insofern liegt es nahe, dass es sich hier um ein besonders sensibles, nur begrenzt belastbares Verhältnis handelt. Oft sind Eltern dennoch sehr auf „ihre“ ASD-Mitarbeiterin fixiert und lernen nur langsam, sich zu öffnen. Manchmal können sie erst nach wiederholten Erfahrungen von Versuch und Irrtum akzeptieren, dass ihre aktive persönliche Mitarbeit für den Erfolg von Hilfen unabdingbar

ist. Werden diese ohnehin sensiblen Beziehungen noch durch häufige Personalwechsel unterbrochen, so kann dies gerade bei Familien mit komplexen Problemen für den weiteren Hilfeprozess zu Schwierigkeiten führen. Eine Mutter beschreibt ihre Erfahrungen mit dem Allgemeinen Sozialdienst folgendermaßen:

„Das hat gewechselt, das hat ständig gewechselt. Wir haben jetzt schon die Dritte. Also unter der Frau X hat das sehr gut geklappt, mit Frau Y hat es auch gut geklappt. Mit Frau Z hab ich gar keinen Eindruck. Da hat auch nie ein großartiger Kontakt stattgefunden. Das hat mir ziemlich gestunken, das ging überhaupt nicht mit der Frau. Es kommt auf den Bearbeiter drauf an. Wir haben gute Erfahrungen gemacht und wir haben schlechte Erfahrungen gemacht [...] Also, wo wir die hatten, die so unnahbar war, da waren wir irgendwie ausgeliefert. Also man konnte sich auch gar nicht wehren, man wusste auch nicht, dass man die Möglichkeit hat, sich zu wehren.“

Frage: „Hat Ihnen das auch keiner gesagt?“

„Nein.“

Die Mutter, die auf Grund ihrer eigenen psychischen Erkrankung eine Betreuerin hat, bat diese schließlich, sie bei der Klärung von Missverständnissen mit der damals verantwortlichen Mitarbeiterin des ASD zu unterstützen – mit Erfolg. Heute kann sie resümieren, dass sie sich wirklich angenommen und verstanden fühlt, dass Entscheidungen gemeinsam getroffen und nicht über den Kopf der Betroffenen hinweg durchgesetzt werden.

Auch andere Interviewpartner beschreiben Schwierigkeiten im Umgang mit MitarbeiterInnen des ASD. Im folgenden Beispiel schildert ein älteres Paar, das die Dauerpflegschaft für einen Jungen übernommen hat, der lange Zeit eingekotet und eingenässt hat, seine Erfahrungen. Vor allem zu Beginn der Hilfeleistung, so äußern die beiden, habe man sich mit wichtigen Fragen allein gelassen gefühlt. Dies begann bereits bei der Unsicherheit, ob man die „Krankheit“ des Jungen beim Namen nennen soll oder nicht.

Pflegemutter: „Aber seitdem steckt er das richtig gut weg. Er hat es jetzt abgehakt. Und für uns war es eben das Glück, dass er in das Krankenhaus kam. Bis dahin hat man uns immer gesagt, wir dürfen nicht sagen, dass er krank ist, wir dürfen dem Kind nicht sagen, dass er krank ist. Und dort (in der Klinik) ist das erst richtig erkannt worden. Und so hart das für uns war, war es das größte Glück, das ihm widerfahren konnte, weil wir endlich Klarheit hatten. Er hat das ja alles nicht gewusst.“

Pflegevater: „Wir wussten ja gar nicht, wo wir ansetzen sollten.“

Auf die Frage, welche Unterstützung sie zum Zeitpunkt der Aufnahme des Kindes in den eigenen Haushalt durch den ASD erhalten hat, antwortet die Pflegemutter:

„Gar nicht. Also im Prinzip haben wir alles allein gesucht. Wir sind gegangen und haben uns einen Psychologen gesucht, weil wir mit der Situation nicht klar gekommen sind [...]. Also bis voriges Jahr waren wir relativ wenig am Jugendamt und wenn wir dort waren, dann lief das ganze Bestreben dahingehend - ist ja sicher auch nicht verkehrt - dass das Kind *nicht* bei uns bleiben soll, weil wir sind ja in einem hohen Alter.“

Erst als die behandelnde Psychologin um Unterstützung gebeten wird, können hier Veränderungen erreicht werden. Auf die Beziehungen zu der Mitarbeiterin zum Zeitpunkt des Interviews angesprochen, antwortet die Pflegemutter:

„Aber ich muss Ihnen ehrlich sagen, vielleicht war es unser Fehler, dass wir zu ehrlich waren. Wenn wir wirklich gewusst hätten, was auf uns zukommt, sehenden Auges, hätten wir es sicher nicht gemacht. Mein Mann ist nicht gesund, und wir hatten ja auch Schwierigkeiten im Umfeld, wo die gesagt haben: Ihr spinnt ja, wieso tut ihr euch das an? [...] Wir haben dann auch den Antrag auf Unterstützung gestellt, und da mussten wir dann zu dieser Schulung, und da [wurde uns dann] die Erziehungshilfe zur Seite gestellt [...] [Der Junge] ist dann auch ins Krankenhaus (KJPPP) gekommen, und erst seit dem läuft's. Also, negativ ist es nicht, die Dame vom ASD ist sehr couragiert und geht geradeaus ihren Weg, was ich richtig finde.“

Vor allem in der letzten Bemerkung klingt an, dass die Bemühungen des ASD um einen „wertschätzenden und lösungsorientierten Umgang mit Klienten“ (so die Formulierung einer von uns interviewten ASD-Mitarbeiterin) von den Erziehungsberechtigten auch dann gesehen und gewürdigt werden, wenn die eigenen Erfahrungen mit dem Hilfeprozess eher von Problemen und Konflikten geprägt sind. Insgesamt berechtigen die Ergebnisse der Interviews zu der Feststellung,

- dass die Erziehungsberechtigten die Zusammenarbeit zwischen den Vertretern der Allgemeinen Sozialdienste, den Einrichtungen der Erziehungshilfen und auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie grundsätzlich positiv einschätzen;
- dass sie sich ausreichend informiert fühlen;
- dass sie die Möglichkeit sehen, Fragen zu klären und Schwierigkeiten anzusprechen und
- dass sie Maßnahmen wie z. B. die Verlegung ihrer Kinder in eine andere Einrichtung in der Regel nachvollziehen und akzeptieren können.

11.5 Kooperationsprobleme im Umgang mit Familien

Im Folgenden kehren wir die Perspektive des vorherigen Abschnitts um und fragen, wie Familien bzw. Erziehungsberechtigte in den Interviews mit den unterschiedlichen Fachdiensten aus der Sicht der befragten Helfer wahrgenommen werden und welche Kooperationsprobleme sich dabei zeigen. Ein wichtiger Befund verweist zunächst auf Verbesserungen, die mit Hilfe der Kooperationsvereinbarung offenbar schon bis heute erreicht werden konnten. Mit ihrer Hilfe, so schätzen es die Befragten ein, wurden wesentliche Voraussetzungen dafür geschaffen, auch im Umgang mit den Erziehungsberechtigten bisher bestehende Distanzen abzubauen, ein gemeinsames Hilfeverständnis zu entwickeln und Leistungen besser aufeinander abzustimmen. Demnach haben sich die Arbeitsbeziehungen deutlich verbessert – auch wenn offene Fragen und Probleme bleiben, wie sie an vielen Stellen dieses Berichts angesprochen wurden. Diese positive Entwicklung hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Haltung der verschiedenen sozialen Dienste gegenüber den Erziehungsberechtigten heute stärker vom Bemühen um Offenheit und Transparenz bestimmt wird als zuvor. Eine Mitarbeiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes bringt dies wie folgt zum Ausdruck:

„Na, zum einen muss ich sagen, sind die Eltern [...] voll in der elterlichen Sorge, und die haben das Recht, gut Bescheid zu wissen. Und zum anderen möchte ich persönlich auch nicht, dass hinter meinem Rücken andere Fachleute über mich irgendwas erzählen. Das gehört sich ganz einfach nicht. Und gerade im Bereich der Erziehung, denke ich, ist das ein wichtiger wertschätzender Aspekt, dass Eltern das transparent und klar miterleben, was ich höre [...] Und manchmal ist es so, dass sich die anderen [Kooperationspartner] dann ein bisschen mehr zusammen nehmen, den Eltern gegenüber.“

Vor allem dort, wo Eltern nicht die notwendige Souveränität im Umgang mit Ämtern haben, kommt es allerdings noch immer zu Missverständnissen und Differenzen. Eltern lassen in solchen Fällen die Hilfe „laufen“ und sind nicht mehr in der Lage, ihre Kinder angemessen zu unterstützen. Im folgenden Beispiel hat sich eine alleinerziehende Mutter von sechs Kindern aus dem Hilfesgeschehen weitgehend zurückgezogen – aus Angst, das Sorgerecht für ihren Sohn zu verlieren. Ausführlich beschreibt sie im Interview, wie wenig sie die bei ihrem Sohn eingeleiteten Maßnahmen (etwa seine Unterbringung außerhalb von Leipzig) versteht. Das Gespräch macht deutlich, dass sie als Mutter große Schuldgefühle hat und glaubt, versagt zu haben. Den Helfern gelingt es offenbar nicht, mit ihr konstruktiv an diesen Gefühlen zu arbeiten. Es handelt sich auch insofern um einen besonders sensiblen Fall, als der Sohn Kontakt zur pädophilen Szene hatte. Bereits zu Beginn des Hilfeprozesses fühlt sich die Mutter „schuldig“ und kann kaum nachvollziehen, was passiert und warum es passiert.

„Ich habe nicht um Hilfe gebeten. Wie gesagt, durch die Trennung damals wurde mein Sohn dann so ein bisschen auffällig in der Schule und auch in der Freizeit“.

Frage: „Wie alt war er da?“

„Etwa zehn, und da hat er halt immer so bisschen Blödsinn gemacht. Und das Ausschlaggebende, wo der ASD zu mir kam, war, als der sich bei Männern [aufgehalten hat], sage ich mal, die sich an Kindern vergriffen haben.“

Frage: „Darauf hat der ASD Sie aufmerksam gemacht?“

„Da gab es dann eine Anzeige, und die Polizei war ja auch bei mir wegen den Herren. Und daraufhin kam dann der ASD auf mich zu, und da wurde dann auch gleich gesagt, dass mein Sohn von hier weg muss. Was ich aber als Mutter nicht gemerkt habe, dass er sich da in solchen Kreisen befindet. Bloß ich meine also, andere können das nicht verstehen. Also ich als Mutter habe es jetzt nicht gemerkt, weil wie gesagt, es gab ja schon die Probleme, weil damals der Vater gegangen ist und er auffällig wurde. Und dass das dann noch hinzukam, das merkt man dann einfach nicht. Weil der Junge ja schon auffällig war vom Verhalten her [...]. Ich hab ihn immer drauf angesprochen, weil ich ja auch was erfahren wollte. Und er meinte, dass die Männer sich nicht an ihm vergriffen hätten, er war bloß immer dort gewesen.“

Im weiteren Verlauf des Gesprächs lässt die Mutter durchblicken, dass sie den Eingriff der Jugendhilfe als zu hart empfindet („dass man sagt, das Kind kommt weg“) und vom Sinn der Maßnahme nicht überzeugt ist. Zudem beklagt sie sich darüber, dass man sie nicht ausreichend beraten habe.

Frage: „Es geht ja hier darum, wie Sie sich vom ASD sozusagen ernst genommen fühlen, angenommen fühlen. Aus dem, was Sie jetzt sagen, höre ich da nicht so großes Vertrauen, oder?“

„Nein, nicht unbedingt.“

Frage: „Fragt man Sie denn auch, was Sie wollen, wie Sie das einschätzen?“

„Ich hatte mir zu dem Zeitpunkt, als er weg sollte, mehr Beratung gewünscht. Ich wusste ja auch nicht, wo ich hingehen soll [weint].“

Aus der subjektiven Sicht der Mutter gab es auch zum Zeitpunkt des Interviews weder von der Einrichtung, in der ihr Sohn unterbracht ist, noch vom ASD ein Angebot, über die Ziele und Ansätze der Hilfe für ihren Sohn zu sprechen.

Frage: „Und haben die Ihnen vielleicht schon mal eine Unterstützung oder eine Hilfe angeboten? Also ich meine, Sie haben ja praktisch jetzt *auch* ein Problem. Ihr Sohn ist weg und das ist für Sie nicht so einfach, zumal vor diesem Hintergrund des Missbrauchsvorwurfes. Wird mit Ihnen da auch irgendwas gemacht?“

„So direkt nicht, nein. Wir wollen bloß in der Woche einmal telefonieren, wie mein Sohn sich macht eben.“

Frage: „Aber da geht es immer nur um ihn, nicht um Sie?“

„Um ihn, ja.“

Mit der Dauer der Unterbringung des Sohnes wachsen ihre Ängste, das Sorgerecht zu verlieren. Sie hat nicht den Mut, nachzufragen, fühlt sich verzweifelt und ohnmächtig. Sie beschließt, sich anwaltlich beraten zu lassen, um endlich erfahren zu können, welche nächsten Schritte im Hilfeplan vorgesehen sind und wie sie eventuell dagegen vorgehen kann. Bis heute weiß sie über das tatsächliche Geschehen nur bruchstückhaft Bescheid.

Frage: „Wenn Sie damit so unzufrieden sind, wie das gelaufen ist, dass eben einfach gesagt wurde, Ihr Sohn muss jetzt weg und eine andere Chance gibt's nicht - haben Sie das auch deutlich gemacht, dass Ihnen das nicht gefällt? Oder haben Sie das vielleicht auch unter der Belastung so ein bisschen hingenommen?“

„Ich habe schon geäußert, dass mir das nicht gefällt. Ob das wirklich sein muss, habe ich gefragt. Aber die Frau vom ASD meinte, dass es da keine andere Lösung gibt. Und wenn ich dann nicht einwillige, wird es sowieso gerichtlich geregelt. Dann wäre das Sorgerecht weg gewesen. Ich wusste ja auch nicht, wie das dann läuft. Ich weiß ja auch nicht, wann ich den Jungen wieder bekomme.“

11.6 Beteiligung

Deutlich wird hier, wie wichtig es bei der Kommunikation mit Familien in komplexen Problemsituationen ist, die persönliche „Verfasstheit“ der Beteiligten zu verstehen und zu berücksichtigen. Auch wenn die einschlägigen Bestimmungen des KJHG auf Prinzipien wie Beteiligung und Aushandlung von Hilfen aufgebaut sind, sehen sie sich in ihrer subjektiven Wahrnehmung oft einem machtvollen Team von „Experten“ ausgesetzt, das gegenüber ihren eigenen Vorstellungen, Wünschen und Fragen indifferent bleibt. In solchen Fällen machen Eltern im Umgang mit professionellen Helfern schnell die Erfahrung, mit ihrer emotionalen Anspannung, ihrer Belastung, Scham, Resignation und Wut allein gelassen zu werden. Oft ist es der ASD, von dem in solchen Situationen erwartet wird, die Verbindung zu den Familien aufrecht zu erhalten und sich darum zu kümmern, dass sie auch weiterhin zur Mitarbeit bereit sind. Eine ASD-Mitarbeiterin äußert sich dazu wie folgt:

„Es ist nach wie vor so, dass eben dort nicht die Sorgeberechtigten mit einbezogen werden, sondern dass man erst mal nach außen geht. Also sprich ASD oder Psychologen, ohne dass mit Eltern gesprochen und gearbeitet wurde. Und das gefällt mir nicht, weil das ja der eigentliche Auftrag ist. Es ist immer ein schwerer Einstieg und man wundert sich, warum die Eltern verprellt sind, warum die nicht mitmachen und so. Das ist das, was mir dann nicht so gut gefällt.“

In Situationen wie der hier beschriebenen kann es dazu kommen, dass Eltern sich unverstanden, schlecht behandelt und nicht geachtet fühlen – obwohl dies den Absichten der Helfer diametral zuwider läuft. Auch wenn solche Kommunikationsstrukturen von den Beteiligten nicht gewollt werden, können sie sich „hinter ihrem Rücken“ einschleichen, sobald es an gegenseitiger Offenheit und Wahrnehmungsfähigkeit fehlt.

Auch im folgenden, abschließenden Beispiel geht es um die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, wenn die Zusammenarbeit zwischen Familie und Psychiatrie gelingen soll. Aus Sicht einer ASD-Mitarbeiterin geht es dabei um die Frage, wie Eltern dazu motiviert werden können, auch in schwierigen Grenzsituationen ihre Erziehungsverantwortung wahrzunehmen.

„[...] also die Hilfe hat dann Erfolg, wenn ich zu den Sorgeberechtigten ein Vertrauensverhältnis habe, weil – oftmals ist es ein *Makeal*, und jeder geht anders damit um. Und oftmals wird das den Eltern ja von außen so aufoktroiert: Das Kind muss zur Diagnostik, und eigentlich wollen sie es ja gar nicht. Und dort wird meines Erachtens zuwenig Zeit verwendet, den Eltern das plausibel zu machen. Welche Chancen gibt es, welche Erwartungen haben sie, welche dürfen sie äußern? Ich hab' nun mehrere Aufnahmegespräche erlebt. Das ist doch der Schwerpunkt der Klinik: Was erwarten sie von uns, was soll anders werden – wenn ich da nicht vorher mit den Eltern geredet hätte oder mit denen dort hingehen würde, käme das so nicht zum Tragen [...] Es gibt Elterngespräche, das läuft selbständig, da muss ich nicht dabei sein. Aber in großen Abständen gibt es diese Zusammenkünfte, und ich sage der Klinik, wenn Bedarf besteht, bin ich jederzeit bereit. Ich habe erlebt, dass dann der behandelnde Arzt anruft und sagt: Hier gibt's also große Probleme, wir hätten gern mal, dass Sie kommen. Und ich hab auch erlebt, dass Eltern sagen: Können Sie bitte mal mit zum Gespräch kommen – und das ist für mich dann *Koordination*.“

Wenn mit Eltern konsequent an ihrer (Erziehungs-)Verantwortung gearbeitet werden soll, dann heißt dies allerdings zunächst einmal, sie zur Wahrnehmung dieser Verantwortung auch zu befähigen. Wie überall, wo es um die Planung von Hilfeprozessen und die Transparenz von Arbeitsabläufen geht, erfordert dies nicht nur einen angemessenen Informationsaustausch, sondern auch eine bestimmte Haltung. Nur wenn es gelingt, bei der Auseinandersetzung mit komplexem Hilfebedarf neben den Problemen der Kinder auch die der Eltern ernst zu nehmen, kann sich in der Arbeit mit diesen Familien der allseits geforderte „Dialog auf Augenhöhe“ einstellen.

12. Handlungsempfehlungen

In den folgenden vier Punkten werden noch einmal wichtige Aussagen zum Handlungsbedarf der am Kooperationsprozess beteiligten Partner zusammenfassend aufgelistet. Wir entnehmen sie unserem Erhebungsmaterial: Aktenanalysen, Interviews und Gruppendiskussionen (Kap. 12.1). Im Anschluss daran dokumentieren wir die Vorschläge des Jugendamtes, die aus der Auseinandersetzung mit den in Kapitel 12.1 verzeichneten Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung resultieren.

12.1 Aussagen zum Handlungsbedarf aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung

1. Voraussetzungen für funktionierende Kooperationsbeziehungen:

- Institutionsinterne verbindliche Regelungen, die jederzeit abrufbar sind
 - Zur Verbreitung: Regelmäßige hausinterne Schulungen (insbesondere für neue Mitarbeiter)
 - Transparente Kommunikation: Information und Austausch über die institutionsspezifischen Regelungen mit den Partnern – möglichst in regelmäßigen Abständen, z.B. im Rahmen von Arbeitstreffen
 - Im Rahmen dieser Arbeitstreffen sollte diskutiert werden:
 - Rahmenbedingungen (strukturell, zeitliche Ressourcen)
 - Personelle Ressourcen und Zuständigkeiten
 - Handlungsoptionen und Grenzen
 - Folgende Punkte müssen verbindlich festgelegt werden:
 - Verantwortlichkeiten
 - Informationsauswahl und -weitergabe
 - Regelung der institutionsübergreifenden Kommunikation z.B. durch Fallmoderatoren
 - Regelung der Kommunikationsprozesse:
 - a) auf allgemeiner Grundlage:
 - Berufsrollen zur Kenntnis nehmen
 - Handlungsaufträge abstimmen
 - Grenzen benennen
 - Transparenz schaffen
 - b) Speziell zwischen den verschiedenen Akteuren:
 - ASD/JGH – KJPPP
 - KJPPP – Schule
 - HzE – KJPPP etc.
- ➔ Schaffung von Transparenz → aber Achtung: zu viel Transparenz kann auch in Penetranz ausarten. Wie viele Informationen sind nötig und wie viele evtl. schädlich für die Pflege der Arbeitsbeziehungen?

2. Klare Abgrenzung in der definitorischen Bestimmung von *Fallsteuerung* und *Fallverantwortung*

- Fallsteuerung einschließlich Fallmoderation → ASD/ JGH
 - Aufgabe: Kooperationsprozesse (auch fallübergreifende) zu initiieren, zu beobachten und ggf. zu optimieren
 - Dafür notwendige Qualifikationsmöglichkeiten und Ressourcen müssen beschrieben und sichergestellt werden
- Fallverantwortung → in der jeweils aktuell hilfeleistenden Institution
 - Verbindliche Regelungen zur Kommunikation zwischen den einzelnen Institutionen festlegen → es obliegt dem Fallverantwortlichen, die entsprechenden Infos an die Beteiligten weiterzugeben und über den Stand der Dinge zu informieren
- Klärung der Verortung von Elternarbeit (fallsteuernde oder fallverantwortliche Institution?)

3. Schritte zur Einbindung des „neuen“ Kooperationspartners Schule:

- Aufnahme der Schule/ Bildungsagentur als gleichberechtigter Partner in die bestehenden bzw. zu modifizierenden Kooperationsstrukturen (mit Beginn der Helferkonferenz)
- Klare Regelungen zu den schulischen Rahmenbedingungen; verbindliche Integration in die Handlungsabläufe von Schule
- Übernahme der Fallarbeit an Schule verbindlich regeln (unter Einbezug der Sächsischen Bildungsagentur)
- Verbindliche Regelung des Infoaustausches/ der Zusammenarbeit zwischen allen relevanten Akteuren und der Schule (vgl. Punkt 1)

4. Weiterentwicklung der Kooperationsvereinbarung:

- Aufnahme der Schule als Kooperationspartner (s.o.)
- Handhabbarkeit und Lesbarkeit der Kooperationsvereinbarung verbessern (Kürzungen)
- Handlungsorientierung hervorheben
- Praxisrelevante Arbeitsschritte verabreden und festschreiben
- Transparenz: Die Kooperationsvereinbarung allen MitarbeiterInnen zugänglich machen; dazu verbindliche Regelungen in den einzelnen Institutionen schaffen
- Verständigung über die "Zielgruppe" (Was ist komplexer Hilfebedarf? In welchen Lebenslagen entwickelt sich komplexer Hilfebedarf?)
- Verbindliche Strukturen entwickeln (z.B. Fallsteuerung, Moderation etc.)
- Qualifizierte Evaluation sicherstellen (Ergebnissicherung in Bezug auf die Inhalte der Kooperationsvereinbarung)

12.2 Vorschläge des Jugendamtes zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen der wissenschaftlichen Mitarbeiter der Universität Leipzig wurden zunächst innerhalb des Jugendamtes diskutiert. Es wurden erste Vorstellungen zur Umsetzung entwickelt. Die Handlungsempfehlungen sowie die ersten Vorstellungen des Jugendamtes zur Umsetzung wurden allen Kooperationspartnern vorgestellt. Die Empfehlungen wurden insgesamt von allen Partnern bestätigt.

Die Kooperationspartner begannen in ihren Arbeitsbereichen ihrerseits Umsetzungsideen zu entwickeln und diese Ideensammlungen wurden dann in gemeinsamen Treffen der Kooperationspartner vorgestellt.

Der nachfolgende Zwischenstand des Umsetzungsprozesses beschreibt einen Konsens zu Schwerpunkten der Handlungsempfehlungen.

Einbindung des "neuen" Kooperationspartners Schule

- Die Handlungsempfehlungen zur konstruktiven Einbindung des Kooperationspartners Schule haben alle Kooperationspartner in den Gesprächen zur Entwicklung von Umsetzungsideen als wesentlich bestätigt.
- Im Jugendamt wurden erste Vorstellungen zur möglichen Umsetzung entwickelt. Die Sächsische Bildungsagentur - Regionalstelle Leipzig ist für das Jugendamt Ansprechpartner und Multiplikator für die Einbeziehung der Schulen der Stadt Leipzig.
- Die Sächsische Bildungsagentur - Regionalstelle Leipzig wird an der Weiterentwicklung der Kooperationsvereinbarung mitwirken. Sie wird in den regelmäßigen fallübergreifenden Kooperationsprozess im Rahmen der Kooperationsvereinbarung einbezogen.
- Die Schulen der Stadt Leipzig sollen selbst aktiv in diesem Umsetzungsprozess mitwirken. Die Abschlusstagung des Landesmodellprojektes wurde als Gelegenheit der Ideenentwicklung zur Perspektive Schule genutzt. In Vorbereitung der Tagung gab es ein Arbeitstreffen der Sächsischen Bildungsagentur - Regionalstelle Leipzig mit projektbeteiligten Schulen.
- Mit den Schulen sollen funktionierende Kooperationsstrukturen aufgebaut werden. Für das Gelingen der Kooperation im Einzelfall ist eine Reihe von Prüfprozessen und Entscheidungen erforderlich. Beispielsweise muss überdacht werden, welche Mitarbeiter i. d. R. im Einzelfall mitwirken sollen: Klassenlehrer, Beratungslehrer, Schulsozialarbeiter, Schulpsychologen, Information des Schulleiters. Eine regelmäßige Einbeziehung der Schulpsychologen sieht das Jugendamt in den Fällen mit komplexem Hilfebedarf als erforderlich. Auch Fragen der Informationsübermittlung und des Datenschutzes sind zu prüfen.

Zuverlässig funktionierende und gelingende Kooperationsbeziehungen

- Arbeitsabläufe und Verantwortungen werden vom ASD und der JGH des Jugendamtes organisationsintern klar geregelt unter Beachtung der Fragestellungen der Handlungsempfehlungen. Die Verfügbarkeit dieser Regelungen durch alle Mitarbeiter wird organisiert. Die erforderlichen Rahmenbedingungen sind herauszuarbeiten und ggf. anzupassen. Dafür plant der

ASD einen Zeitraum von einem halben Jahr. Von der JGH werden diese Veränderungsprozesse ebenfalls umgesetzt. Durch die JGH sind aufgrund der Spezifik der Arbeitsaufgaben auch spezielle Ideen z. B. zur Einbeziehung weiterer Kooperationspartner, entwickelt worden, die die JGH selbst in den Umsetzungsprozess einbringen wird.

- Die Kooperationspartner werden die entsprechenden Handlungsempfehlungen in ihren Arbeitsbereichen analog umsetzen.
- Mit ersten Umsetzungsschritten wurde begonnen, indem z. B. der Diskussionsprozess in den einzelnen Organisationseinheiten angefangen, Umsetzungsideen gesammelt und bisheriges Arbeitsmaterial zum Kooperationsprozess den Mitarbeitern durch das Intranet zuverlässiger verfügbar gemacht wurde.
- Für die fallübergreifende Kooperation sollen Multiplikatoren der Kooperationspartner benannt und bekannt sein.

Fallsteuerung und Fallverantwortung

- Den Empfehlungen zur Fallsteuerung und Fallverantwortung stimmen wir als Jugendamt zu. Grundsätzlich handelt sich um klassische Aufgaben, die der ASD/die JGH zu leisten hat.
- Die Kooperationspartner bestätigten ebenfalls diese Empfehlung.
- Die Wahrnehmung der Fallverantwortung in der jeweils hilfeleistenden Institution obliegt jedem Mitarbeiter persönlich auf der Grundlage der für die einzelnen Institutionen geltenden Standards.
- Auch die Weitergabe der für die Fallbeteiligten erforderlichen Informationen der jeweils hilfeleistenden Institution an die Kooperationspartner obliegt jedem Mitarbeiter persönlich.
- Sofern vom ASD/von der JGH im Rahmen der Fallsteuerung und Fallmoderation festgestellt wird, dass im Einzelfall die Wahrnehmung der Fallverantwortung einzelner beteiligter Kooperationspartner nicht funktioniert, führt der ASD/die JGH unverzüglich einen Klärungsprozess zur Abstimmung von Zielen und Arbeitsaufgaben der Beteiligten im weiteren Fallverlauf.
- Zur Vermeidung von Missverständnissen und sich aus unterschiedlichen Begriffsdefinitionen ergebenden Konflikten wird eine von allen Kooperationspartnern gemeinsam getragene Definition der Begriffe Fallsteuerung, Fallverantwortung und Fallmoderation erarbeitet.
- Eine Konfliktklärung im Rahmen der Arbeit im Einzelfall erfolgt unverzüglich durch die fallbeteiligten Fachkräfte. Eine Information über sich daraus ergebende fallübergreifende Handlungserfordernisse wird von den Kooperationspartnern in die Kooperationstreffen eingebracht. Wie bisher ist auch die Einbeziehung der Leitungsebenen bei Bedarf in die Konfliktklärung möglich. Weitere Möglichkeiten, aus Konfliktfällen zu lernen und bei Krisen ein steuerndes Element als Regularium einzufügen, sind in der Diskussion.

Weiterentwicklung der Kooperationsvereinbarung

- Das Jugendamt organisiert gemeinsam mit den Kooperationspartnern die Überarbeitung der bisherigen Fassung der Kooperationsvereinbarung auf der Grundlage der Handlungsempfehlungen. Ein besonderer Schwerpunkt wird hier die Einbeziehung des Kooperationspartners Schule sein. Von allen

Kooperationspartnern wird die Einbeziehung der Sächsischen Bildungsagentur - Regionalstelle Leipzig und der Schulen als erforderlich bestätigt und gewünscht.

- Folgende Begriffe sollen definiert werden: komplexer Hilfebedarf, Fallsteuerung, Fallverantwortung, Fallmoderation, Kindeswohlgefährdung.
- Bei den Festlegungen zur fallübergreifenden Kooperation ist aufzunehmen, wie die einzelnen Institutionen sicherstellen, dass die Inhalte der Kooperationsvereinbarung bekannt gemacht und weiter kommuniziert werden. Festlegungen und Sicherstellung der Umsetzung liegen in Verantwortung der beteiligten einzelnen Kooperationspartner.
- Zur Ergebnissicherung der in der Kooperationsvereinbarung geregelten Inhalte wird mit der Erarbeitung eines Verfahrens zur Ergebnisevaluation und dessen Umsetzung gemeinsam begonnen und dieses sukzessive weiterentwickelt.
- An die Gestaltung der Vereinbarung wurden folgende Ansprüche formuliert: übersichtlich, handlungsorientiert, kurz.

Transparenz in der Kooperation und Einbindung neuer Mitarbeiter

- Für transparentes Arbeiten mit den Familien tragen alle Kooperationspartner Verantwortung.
- Institutionsspezifische Regelungen werden den jeweiligen Partnern in geeigneter Form bekannt gemacht und transparent gestaltet. Eine Möglichkeit der Informationsübermittlung sind die weiterhin vorgesehenen Arbeitstreffen der Kooperationspartner.
- Neue Mitarbeiter werden durch gemeinsame Schulungen mit den Regelungen zum Kooperationsprozess vertraut gemacht. Alle Kooperationspartner beteiligen sich durch Übernahme von Themen. Der Ort soll im Rotationsprinzip wechseln.
- Für interne Schulungen nach Bedarf sind die Kooperationspartner selbst verantwortlich.

Eine weitere Ausdifferenzierung der Ideen erfolgte in der Abschlusstagung des Modellprojektes, in deren Workshops die Kooperationspartner auch als Referenten mitwirkten, vielfältige Ideen ihrer Arbeitsbereiche einbrachten und weitere Ideen der Teilnehmer aufgreifen konnten.

13. Zusammenfassung und Schluss

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, das Problem des „komplexen Hilfebedarfs“ aus den Erfahrungen der mit ihm befassten Professionen und Personen heraus zu beschreiben und dabei insbesondere die Voraussetzungen für gelingende Kooperation herauszuarbeiten. Ein positiver Effekt der in Leipzig im Jahre 2004 geschlossenen Kooperationsvereinbarung kann darin gesehen werden, dass sie die Aufmerksamkeit für Fragen und Probleme der Zusammenarbeit bei allen beteiligten Partnern schon bis heute deutlich erhöht hat. Auch wenn es zu inhaltlichen und formalen Einzelheiten der Vereinbarung und ihrer Verbreitung in der Praxis Veränderungswünsche gibt, die an verschiedenen Stellen des Berichts angesprochen und in den vorausgehenden Handlungsempfehlungen (Kap. 12) noch einmal zusammengefasst wurden, ist sie aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung insgesamt als erfolgreich einzuschätzen. Ihre zentrale Intention, das Zusammenwirken von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule im Umgang mit mehrfach belasteten jungen Menschen zu verbessern und zwischen den beteiligten Partnern Formen verbindlicher Koordination zu entwickeln, wird von allen für die Untersuchung befragten Fachdiensten in ihrer grundsätzlichen Bedeutung erkannt und unterstützt. Aus Gründen, die im Laufe dieses Berichts mehrfach dargelegt wurden, spricht sich die wissenschaftliche Begleitung dafür aus, künftig auch die Schule in die Kooperationsvereinbarung einzubeziehen. Ein solcher Schritt würde der Tatsache gerecht, dass die Problematik des komplexen Hilfebedarfs mit seinen Anforderungen an die pädagogische und therapeutische Betreuung junger Menschen heute nicht nur für Jugendhilfe und Psychiatrie, sondern auch für viele Schulen zu einem Praxisproblem von hoher Dringlichkeit geworden ist.

Ganz bewusst wurde der Begriff „komplexer Hilfebedarf“ im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung nicht als feste Größe, sondern als Konstrukt betrachtet, das von sehr unterschiedlichen persönlichen Wahrnehmungen, professionellen Erfahrungen und subjektiven Theorien geprägt wird. Dementsprechend wurde versucht, mit Hilfe von problemzentrierten Interviews, Aktenanalysen und Gruppendiskussionen in Erfahrung zu bringen, wie die beteiligten Fachdienste der Kinder- und Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch Lehrerinnen und Lehrer in Schulen mit dem Problem konfrontiert sind, und wie sie es aus ihrer beruflichen Erfahrung heraus beurteilen. Vor allem im ersten und im fünften Kapitel geht der Bericht diesem Aspekt des Themas nach. Die Problematik des komplexen Hilfebedarfs, so wird zunächst gezeigt, muss im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Entwicklungen betrachtet werden, wie sie auch in der neueren Familien-, Jugend- und Bildungsberichterstattung wiederholt mit großer Eindringlichkeit behandelt wurden: Die Rede ist von Sozialisationsproblemen überforderter und erschöpfter Familien, von Erfahrungen frühzeitigen Scheiterns, von

Problemen schulischer Förderung und erzieherischer Hilfen, aber auch von engagierten Versuchen, für den Umgang mit dieser Klientel neue Ansätze fachlicher Kooperation und Koordination zu erproben (Kap. 1; vgl. aber auch die beiden Fallgeschichten in Kap. 4). Nachdem die unterschiedlichen fachlichen Perspektiven zur Frage des komplexen Hilfebedarfs herausgearbeitet und mit einschlägigen Zitaten aus den Experteninterviews unterlegt wurden (Kap. 5), folgen zwei Kapitel, in denen es unmittelbar um die Erfahrungen der fallbeteiligten sozialen Dienste und Institutionen mit der Leipziger Kooperationsvereinbarung geht (Kap. 6 und Kap. 7). Im Anschluss daran wurden die Befunde zur Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen, die Gegenstand dieser Untersuchung waren, in Kap. 8 noch einmal systematisch ausgewertet. Dies geschah vor allem dadurch, dass entsprechende Einschätzungen aus Sicht des Allgemeinen Sozialen Dienstes, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Hilfen zur Erziehung sowie der Schulen aufeinander bezogen wurden. Wichtige Punkte wie z.B. der Umgang mit Konflikten oder die Bedeutung von fachlicher Anerkennung und Wertschätzung für das Gelingen von Kooperationsprozessen wurden dabei gesondert behandelt. In den Kapiteln 9 bis 11 wurden noch einmal drei Perspektiven zum Umgang mit komplexem Hilfebedarf thematisiert, die für die Kooperation unterschiedlicher Hilfesysteme eine entscheidende Rolle spielen: die Sicht der Schulen, der Hilfen zur Erziehung und nicht zuletzt die der betroffenen Familien. Eine Übersicht über die Handlungsempfehlungen, die in Abstimmung mit dem Jugendamt aus dem Erhebungsmaterial abgeleitet wurden, bildet den Abschluss des Berichts (Kap. 12).

Die vorliegende Untersuchung fällt in eine Zeit, in der alle für die Betreuung gefährdeter Kinder und Jugendlicher verantwortlichen Institutionen und Sozialen Dienste gesellschaftlich unter hohem Problemdruck stehen. Die Erfahrungen, die wir bei der wissenschaftlichen Begleitung des hier dokumentierten Projekts gewonnen haben, lassen sich in diesem Punkt abschließend wie folgt resümieren: Die systematische Weiterentwicklung bestehender Kooperationsstrukturen im Schnittbereich von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule kann einen wichtigen Beitrag zur Sicherung und Verbesserung fachlicher Standards im Umgang mit einer besonders belasteten Klientel leisten. Dies ändert aber nichts an der Notwendigkeit, die beteiligten Institutionen selbst für die Wahrnehmung ihrer Bildungs-, Betreuungs- und Erziehungsaufgaben personell und finanziell zureichend auszustatten. Denn nur unter dieser Voraussetzung wird sich ein Zustand erreichen lassen, bei dem *Kooperation* nicht nur das gemeinsame Bewältigen struktureller Defizite, sondern einen realen Zugewinn an Synergien für alle Beteiligten bedeutet – ganz so, wie es auch dem Geist der hier untersuchten Leipziger Kooperationsvereinbarung entspricht.

Abkürzungsverzeichnis

AFT	Aufsuchende Familientherapie
ASD	Allgemeiner Sozialdienst
FB	Fallbeteiligter
FS	Förderschule
GS	Grundschule
GS LFS	Grundschule Lernförderschulbereich
GU	Geschlossene Unterbringung
HP	Hilfeplan
HZE	Hilfe zur Erziehung
JA	Jugendamt
JGH	Jugendgerichtshilfe
JH	Jugendhilfe
JHM	Jugendhilfemaßnahme
KJP	Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJPP	Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
KJPPP	Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
KM	Kindsmutter
KV	Kindsvater
KWV	Kommunaler Wohlfahrtsverband
LFS	Lernförderschule
LJA	Landesjugendamt
LP	Lebenspartner
MA	Mitarbeiter
MS	Mittelschule
PKH	Parkrankenhaus Leipzig-Südost GmbH
PSAG od. PsychAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PSB	Personensorgeberechtigte(r)
SGB	Sozialgesetzbuch
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
TG	Tagesgruppe
TN	Teilnehmer/Teilnahme
TWG	Therapeutische Wohngruppe
UK	Universitätsklinikum Leipzig
WG	Wohngemeinschaft/ Wohngruppe

Literaturverzeichnis

- Ader**, Sabine (Hrsg.); **Schrapper**, Christian (Hrsg.); **Thiesmeier**, Monika (Hrsg.): Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster: Votum, 2001
- Ader**, Sabine & **Schrapper**, Christian: Wie aus Kindern in Schwierigkeiten "schwierige Fälle" werden. Erfahrungen und Befunde aus einem neuen Forschungsprojekt zu einem alten Thema. In: Forum Erziehungshilfen, Münster: Votum, 2002
- Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe – AGJ, Berlin (Hrsg.)**; Grümer, Tanja (Bearb.); Reichartz, Stefanie (Bearb.): Schwierigkeiten und Chancen im Verhältnis von Psychiatrie und Jugendhilfe. 10. AGJ-Gespräch. 23./24. Oktober 2001 in Ulm. Bonn: Selbstverlag, 2001
- Averbeck**, Birgit & **Hermans**, Björn E.: Vom Wagnis der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung Ausgabe 3, 2008, S. 187-193
- Bange**, Klaus; **Eberle**, Hans-Jürgen; **Schnarr**, Gotthard: Kooperative Jugendhilfe – ein Jugendamt bewegt sich: Erfahrungen aus einem Modellprojekt. Sozialpädagogik in Forschung und Praxis, Bd.6. Hamburg: Verlag Dr. Kovac. Fachverlag für wissenschaftliche Literatur, 2003
- Baur**, Jörg & **Kaesehagen-Schwehn**, Georg: Jenseits von „Sonntagsreden“: Wie kooperative Prozesse gemeinsam initiiert werden können. In: Fegert, Jörg M. & Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München: Juventa-Verlag, 2004, S. 577-582
- Basaglia**, Franco & **Basaglia-Ongaro**, Franca: Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen; Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, 1971
- Becker**, Peter; **Schirp**, Jochem (Hrsg.): Jugendhilfe und Schule. Zwei Handlungsrationitäten auf dem Weg zu einer? Münster: Votum Verlag, 2001
- Bitzan**, Maria; **Bolay**, Eberhard; **Thiersch**, Hans: Die Stimme des Adressaten. Empirische Forschung über Erfahrungen von Mädchen und Jungen in der Jugendhilfe. München, Weinheim: Juventa-Verlag, 2006
- Blumenberg**, Franz-Jürgen: Wenn es eng wird, gilt es den Blick zu weiten In: AFET: Was wirklich hilft ... Die richtige Hilfe zur richtigen Zeit für schwierige junge Menschen. Nr. 61. Hannover, 2003
- Bohnsack**, Ralf; **Schäffer**, Burkhard; **Przyborski**, Aglaja: Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis. 2., überarbeitete Auflage. Opladen: Verlag Barbara Budrich, 2006
- Böhnke**, Petra: Am Rande der Gesellschaft – Risiken sozialer Ausgrenzung. Opladen: Budrich Verlag, 2006
- Bundesjugendkuratorium**: Kinderarmut in Deutschland: Eine drängende Handlungsaufforderung an die Politik. München, August 2009
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg)**: Elfter Kinder- und Jugendbericht. Berlin, 2002.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg)**: 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin, 2009.
- Brandes**, Holger [Hrsg.]: Grenzen und Grenzverletzungen in Gruppen. Serie: Die Gruppe in Klinik und Praxis ; 1. Opladen : Budrich Verlag, 2005

- Caritasverband für das Erzbistum Paderborn, Referat Erziehungshilfen, Paderborn (Hrsg.):** Was tun mit schwierigen Kindern und Jugendlichen in der Jugendhilfe. Dokumentation zur Fachtagung 26. April 2001 in Hövelhof. Paderborn, 2002
- Conen, Marie-Luise:** Was ist los in der Jugendhilfe? Zwanzig Kritikpunkte. In: Forum Erziehungshilfe 2006, 12/3; 2006.
- Conen, Marie-Luise:** Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. 3. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, 2006
- Conen, Marie-Luise & Cecchin, Gianfranco:** Wenn Eltern aufgeben. Therapie und Beratung bei konflikthafter Trennungen von Eltern und Kindern. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, 2008
- Deinet, Ulrich:** Jugendhilfe und Schule. Analysen und Konzepte für die kommunale Kooperation. Opladen: Budrich Verlag, 2006
- Diekmann, Andreas:** Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 2. Auflage. Reinbeck: Rowohlt Taschenbuchverlag, 1996
- Eller, Friedhelm & Wildfeuer, Armin G. (Hrsg.):** Problemfelder kindlicher Entwicklung. Beiträge aus der Sicht unterschiedlicher Disziplinen. Opladen, Farmington Hills: Budrich Verlag, 2007
- Ertle, Christoph & Neidhardt, Wolfgang (Hrsg.):** Unterricht mit Kindern in Not. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag, 1994
- Fausser, Katrin:** Man muss es selbst erlebt haben. 2. durchgesehene Auflage. Opladen, Farmington Hills: Budrich Verlag, 2008
- Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute; Auer, U.; Fetzer, A.:** Innovative wissenschaftliche Ansätze zur Erforschung und Verbesserung der Schnittstellenproblematik zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe. Ulm, 2003
- Fegert, Jörg M. & Schrapper, Christian (Hrsg.):** Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München: Juventa-Verlag, 2004
- Fegert, Jörg M., Besier, Tanja, Goldbeck, Lutz:** Positionspapier: Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe und Reissensburger Appell der Fachkräfte. Evangelische Jugendhilfe 86: 107-115. Nachdruck aus: Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht. 81: 187-192, 2009
- Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.):** Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. 6. Aktualisierte Auflage. Reinbeck: Rowohlt Taschenbuchverlag, 2008
- Giebeler, Cornelia (Hrsg.):** Fallverstehen und Fallstudien. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung. Reihe: Rekonstruktive Forschung in der sozialen Arbeit, Band 1. Opladen, Farmington Hills: Budrich Verlag, 2008
- Gildemeister, Regine & Robert, Günther:** Geschlechterdifferenzierungen in lebenszeitlicher Perspektive. Interaktion-Institution-Biografie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2008
- Hartnuß, Birger; Maykus, Stefan (Hrsg.):** Handbuch Kooperation von Jugendhilfe und Schule. Ein Leitfaden. Gelsenkirchen: VSTP Verlag Soziale Theorie und Praxis, 2004.
- Harnach, Viola:** Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim, München: Juventa-Verlag, 2007

- Henkel**, Joachim (Hrsg.); **Schnapka**, Markus (Hrsg.); **Schrappner**, Christian (Hrsg.) Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe. Bericht zum Kölner Modell. Münster: Votum, 2002
- Henschel**, Angelika; **Krüger**, Rolf; **Schmitt**, Christof & **Stange**, Waldemar (Hrsg.): Jugendhilfe und Schule: Handbuch für eine gelingende Kooperation. Wiesbaden: Vs Verlag, 2008
- Hessisches Sozialministerium** (Nöcker, Susanne): Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Zur Rolle des Landes in Zeiten knappen Geldes. Vortrag, Eisenach, 13.03.2006
(www.erev.de/auto/Downloads/Skripte_2006/JH_und_Psychiatrie/2006_Folien_Noecker.pdf, 15.11.2007)
- Hillmeier**, Hans: „Non scholae sed vitae...“ – Von der gemeinsamen Verantwortung zur Verantwortungsgemeinschaft. Eckpunkte eines Bündnisses für Kinder zwischen Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule. BLJA Mitteilungsblatt, 3/2005
- Holthusen**, Bernd: Fallbezogene Kooperation in der Prävention von Jugenddelinquenz: Probleme - Strategien - Perspektiven. In: Clearingstelle Jugendhilfe/ Polizei; Stiftung SPI Sozialpädagogisches Institut Berlin (Hrsg.): Viele Köche verderben den Brei? Interdisziplinäre Ansätze zur Prävention von Jugenddelinquenz. 2006
- Jungblut**, Hans Joachim: Drogenhilfe. eine Einführung. Weinheim, München: Juventa-Verlag, 2004
- Jungmann**, Joachim: Gemeinsame Fehler bei der Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie. In: Fegert, Jörg M. & Schrappner, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie: Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München: Juventa- Verlag, 2004, S. 571-575
- Kelle**, Udo & **Kluge**, Susann: Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2005
- Kókai**, Joost & **Dankwart**, Mattke (Hrsg.): Entwicklungen in der klinischen Gruppenpsychotherapie. Reihe: Die Gruppe in Klinik und Praxis, Band 4. Opladen, Farmington Hills: Budrich Verlag, 2008
- Köttgen**, Charlotte: Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1998
- Krumenacker**, Franz-Josef: Sozialpädagogische Diagnosen in der Praxis. Erfahrungen und Perspektiven. Weinheim: Juventa-Verlag, 2004
- Landesfachbeirat für Psychiatrie**: Verbesserung der Hilfefähigkeit des Systems „Kinder- und Jugendpsychiatrie in Thüringen“. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie in Erfurt. Erfurt, 2005
- LWL - Landesjugendamt Westfalen-Lippe**: Leitfaden zur Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. In: Landschaftsverband Westfalen-Lippe: Kompendium Arbeitshilfen (Umgang mit § 35a SGB VIII, Umgang mit LRS, Kooperationsleitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie-Jugendhilfe). Münster, 2007
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe**: Kompendium Arbeitshilfen (Umgang mit § 35a SGB VIII, Umgang mit LRS, Kooperationsleitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie-Jugendhilfe). Münster, 2007
- Leitner**, Hans: Neuorientierung im Umgang mit Jugendlichen in schwierigen Lebenslagen. Möglichkeiten und Grenzen der Jugendhilfe. In: Jugendhilfe, Nr. 5, Neuwied: Luchterhand, 2002, S. 238-247

- Leitner**, Hans; **Roth**, Klaus; **Appel**, Klaus (Hrsg.): Qualitätsentwicklung im Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes: Aspekte eines Entwicklungsprozesses in der Brandenburger Jugendhilfe. Regensburg: Walhalla-Fachverlag, 2008
- Ludwig-Mayerhofer**, Wolfgang; **Behrend**, Olaf; **Sondermann**, Ariadne: Fallverstehen und Deutungsmacht. Akteure in der Sozialverwaltung und ihre Klienten. Opladen & Farmington Hills: Budrich Verlag, 2007
- Mack**, Roland: Kooperation, das dritte Arbeitsfeld der Schule für Erziehungshilfe – ein Erfahrungsbericht. In: Ertle, Christoph & Neidhardt, Wolfgang (Hrsg.): Unterricht mit Kindern in Not. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag, 1994, S. 65-83
- Mayring**, Philipp: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 2002
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit mit der Universität Dortmund**, Institut für Sozialpädagogik: Strukturprobleme und Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim und München, 2002
- Möller**, Christoph: Jugend sucht: ehemals Drogenabhängige berichten. 3., erweiterte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2009
- Peters**, Friedhelm; **Koch**, Josef (Hrsg.): Integrierte erzieherische Hilfen. Flexibilität, Integration und Sozialraumbezug in der Jugendhilfe. Weinheim: Juventa- Verlag, 2004
- Rätz-Heinisch**, Regina; **Schöer**, Wolfgang; **Wolff**, Mechthild: Lehrbuch Kinder- und Jugendhilfe. Grundlagen, Handlungsfelder, Strukturen und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa-Verlag, 2009
- Reiser**, Helmut; **Dlugosch**, Andrea; **Willmann**, Marc: Professionelle Kooperation bei Gefühls- und Verhaltensstörungen: Pädagogische Hilfen an den Grenzen der Erziehung. Hamburg: Verlag Dr. Kovac, 2008
- Rüth**, Ulrich (Hrsg.): Geschlossene Unterbringung im Spannungsfeld von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. München, Wien, New York: Zuckschwerdt, 2006
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales** (Hrsg.): Zweiter Sächsischer Kinder- und Jugendbericht. Dresden, 2003
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales** (Hrsg.): Entwicklung effektiver Organisationsformen zur interdisziplinären Hilfeplanung, Entwicklung und Begleitung von Angeboten zwischen Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule. Chemnitz, 2007
- Schmid**, Marc Grischa: Psychische Gesundheit von Heimkindern. eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim, München: Juventa-Verlag, 2007
- Schone**, Reinhold & **Wagenblass**, Sabine: Wenn Eltern psychisch krank sind ... kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster: Votum Verlag, 2002
- Schone**, Reinhold & **Wagenblass**, Sabine: Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. 2. Auflage. Weinheim, München: Juventa-Verlag, 2006
- Schrappner**, Christian: Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. Weinheim: Juventa-Verlag, 2004
- Schweppe**, Cornelia (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik. Opladen: Leske und Budrich, 2003

- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz/Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport** (Hrsg.): Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule. Berlin, 2003
- Stadt Leipzig; Dezernat V: Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule/Jugendamt** (Hrsg.): Vereinbarung zur Kooperation zwischen dem Jugendamt der Stadt Leipzig und dem Regionalschulamtsamt Leipzig. Thema: Schulpflichtverletzung. Dezember 2006
- Stadt Leipzig; Dezernat V: Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule/Jugendamt** (Hrsg.): Übersicht über die Auslastung aller teilstationären Einrichtungen in kommunaler und freier Trägerschaft in Leipzig im Jahr 2008. Leipzig, 2009
- van Santen & Eric, Seckinger, Mike**: Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut, 2003
- van Santen, Eric**: Was zeichnet eine funktionale Kooperation zwischen dem ASD und anderen Behörden aus? In: Heinz Kindler/Susanne Lillig/Herbert Blüml/Thomas Meysen/Annegret Werner (Hrsg.), Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Verlag Deutsches Jugendinstitut, 112, 2006, S. 1-4
- van Santen, Eric; Seckinger, Mike**: Kooperation zwischen Anspruch und Wirklichkeit – eine qualitative Feldstudie. In: Cornelia Schewpe (Hrsg.) Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik. Opladen: Budrich und Leske, 2003, S. 121-146
- von Wolfersdorff, Christian**: Zurück zur Disziplinierung? Über den Wandel der pädagogischen Prioritäten im Umgang mit erziehungsschwierigen Jugendlichen. In: Bingel/Nordmann/Münchmeier (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Jugend. Strukturbedingungen jugendlicher Lebenslagen. Opladen: Budrich UniPress 2008, S. 241-258,
- von Wolfersdorff, Christian**: Jugendhilfe und Psychiatrie: Kooperation oder Konkurrenz. In: Zukunft in öffentlicher Verantwortung. 100 Jahre AFET – 100 Jahre Erziehungshilfe. Band 2; AFET-Veröffentlichung Nr. 67/2007, Hannover, 2007
- von Wolfersdorff, Christian; Hein, Diana; Neudert, Kati; Rahtjen, Sebastian**: Der Wind ist rauer. Kinder und Jugendliche in komplexen Problemsituationen. Eine Befragung von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe in Sachsen. Eine Expertise initiiert vom Sächsischen Landesjugendamt, 2007
- von Wolfersdorff, Christian**: Freiheitsentziehung – eine Maßnahme mit Zukunft? In: Rüth/Pankofer/Freisleder (Hrsg.): Geschlossene Unterbringung... im Spannungsfeld von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. München, W. Zuckschwerdt-Verlag, 2006
- Weiß, Wilma**: Philipp sucht sein Ich. zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 4., überarbeitete Auflage. Weinheim, München: Juventa-Verlag, 2008
- Witte, Matthias D.; Sander, Uwe** (Hrsg.): Erziehungsresistent?: „Problemjugendliche“ als besondere Herausforderung für die Jugendhilfe. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag, Hohengehren, 2006

Anhang

Projektbeschreibung

Untersuchungsverlauf

Ergebnisse aus den Workshops der Abschlusstagung

Schwerpunkte der Untersuchung

Analysemaske der Dokumentenanalyse

Interviewleitfäden

Fallbezogener Fragebogen

Diskussionsleitfaden der Gruppendiskussion

Projektbeschreibung

Das Landesmodellprojekt erstreckte sich über einen Zeitraum vom 01.11.2007 bis 30.09.2009. Die Ziele des Jugendamtes der Stadt Leipzig, die sich daraus ergebenden Untersuchungsschwerpunkte und Untersuchungsfragen sind detailliert im Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung beschrieben. Von November 2007 bis Januar 2008 wurden Vorbereitungsaufgaben geleistet und die erforderlichen Projektstrukturen zur Planung und Organisation der Projektarbeit geschaffen. Weiterhin ergaben sich für dieses Projekt folgende Arbeitsphasen.

Phase 1 (11/2007 – 12/2007)

Die Arbeit im Landesmodellprojekt startete mit der Gründung einer Projektarbeitsgruppe Ende Oktober 2007. Mitglieder der Projektarbeitsgruppe waren: die Projektleitung, die amtierende Abteilungsleiterin des Allgemeinen Sozialdienstes (ASD), die wissenschaftlichen Mitarbeiter der Universität Leipzig, drei Sozialarbeiter des ASD und eine Sozialarbeiterin der Jugendgerichtshilfe (JGH). Die Projektarbeitsgruppe leistete folgende Aufgaben:

- Entwicklung der Projektskizze und der Projektkonzeption
- Informationsaustausch
- Operationalisierung und Zuweisung von Arbeitsaufgaben
- Festlegung von Arbeitsabläufen
- Kontrolle von Aufgabenerledigung und Zeitplan
- Multiplikation der Arbeitsschritte und Ergebnisse in die jeweiligen Arbeitsbereiche.

Zwischen den Projektpartnern Landesjugendamt, Jugendamt der Stadt Leipzig und Universität Leipzig wurde ein Kooperationsvertrag zum Projekt abgeschlossen.

Zur Gewinnung der Kooperationspartner für die Mitwirkung im Projekt wurden Informationsveranstaltungen mit den Klinikleitern der beiden Leipziger Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) und mit Abteilungsleitern der Sächsischen Bildungsagentur - Regionalstelle Leipzig (SBAL) zu Beginn des Jahres 2008 durchgeführt.

Ein weiterer Schwerpunkt dieser Phase war die Auswahl von Untersuchungsfällen für die wissenschaftliche Untersuchung. Als Voraussetzung für die Projektaufgaben der Mitarbeiter der Universität Leipzig hat das Jugendamt den Leipziger Datenschutzbeauftragten die Gewährleistung des Datenschutzes prüfen lassen. Vor der Aktenanalyse waren zwei Auflagen zu erfüllen: das Einholen der Schweigepflichtsentbindungen der in die Untersuchung einbezogenen Familien und die Verpflichtung der Mitarbeiter der Universität Leipzig auf das Datengeheimnis.

Als Untersuchungsfälle wurden von jedem der acht Sozialbezirke des ASD zwei Fälle ausgewählt. Von den insgesamt 16 Familien willigten 15 Familien in die Untersuchung ein. Aufgrund von Geschwisterkindern konnten 18 Fälle untersucht werden. Von der

Jugendgerichtshilfe wurde die Möglichkeit des Einbringens eines Falles geprüft. In der ersten Fallanalysephase entsprach kein Fall der JGH den Kriterien der Fallauswahl. Die Untersuchungsfälle wurden nach folgenden Kriterien ausgewählt: Entweder handelt es sich um laufende Fälle der Hilfen zur Erziehung, die mindestens seit einem viertel Jahr laufen und parallel in stationärer Betreuung in einer der beiden Leipziger Kliniken sind oder kürzlich waren. Oder es sind Fälle, in denen eine der Kliniken die Behandlung beenden wird und Hilfen zur Erziehung weitergeführt werden und außerdem die Hilfe zur Erziehung prognostisch länger als ein Vierteljahr dauern wird.

Von den Mitarbeitern der wissenschaftlichen Begleitung wurden die zwischen dem Jugendamt und den beiden Kliniken der KJPPP bestehende aktuelle Kooperationsvereinbarung sowie frühere Fassungen zur Kenntnis genommen. Bei den Erhebungen mussten die jeweilig gültigen Fassungen berücksichtigt werden. Ebenso recherchierten die Mitarbeiter zu vorhandenen Helfernetzwerken der Stadt Leipzig, die sich mit Familien mit komplexem Hilfebedarf beschäftigen, um diese Informationen für die spätere Entwicklung von Handlungsempfehlungen nutzen zu können.

Phase 2 (01/2008 – 05/2008)

Schwerpunkt dieser Phase war die Datenerhebung der Fallakten. Zur Vorbereitung wurde ein Überblick erarbeitet, welche Untersuchungsfragen und -schwerpunkte durch welche der vorgesehenen Untersuchungsmethoden analysiert werden können und sollen. Die Akten wurden nach vereinbartem Zeitplan mit Schweigepflichtsentbindungen vom ASD an die wissenschaftlichen Mitarbeiter übergeben.

Im Rahmen der Analyse der ersten Akten wurde ein Leitfaden erarbeitet. Die Mitarbeiter der Universität Leipzig führten die Aktenanalyse der 18 Fälle aus 15 Familien durch. Die Auswertung dauerte bis zur Phase 7, da erst im Zusammenhang mit den auf der Aktenanalyse aufbauenden Interviews fundierte Ergebnisse herausgearbeitet werden konnten.

Während der Aktenanalyse wurden außerdem die wesentlichen Fallbeteiligten identifiziert, mit denen im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung weitergearbeitet wurde.

Ebenfalls wurde in dieser Phase die Beteiligung der Kooperationspartner am Projekt intensiviert. In Absprache mit den Vertretern der Sächsischen Bildungsagentur fand im Mai 2008 eine Informationsveranstaltung mit den Schulen statt, deren Lehrkräfte als Interviewpartner zu den Untersuchungsfällen gewonnen werden sollten. Neben den zu interviewenden Lehrern wurden Schulleiter, Beratungslehrer, Vertrauenslehrer sowie Schulsozialarbeiter eingeladen, um eine Diskussion zum Thema der Kooperation in Leipzig in den Schulen anzuregen. An die Leistungsanbieter im Bereich Hilfen zur Erziehung der Stadt Leipzig wurde eine schriftliche Information zum Landesmodellprojekt mit der Bitte um Mitwirkung gesandt. In der Fach-Arbeitsgruppe Hilfen zur Erziehung sowie in einer Arbeitsgruppe zur Erarbeitung des Leipziger Fachplans Hilfen zur Erziehung für die Jahre 2009 - 2013 wurde das Landesmodellprojekt wiederholt thematisiert.

Der angestrebte Konsens über die Beteiligung bei der Durchführung des Projektes gemeinsam mit den Kliniken und den Schulen sowie die zu erzielende Bereitschaft zu den Interviews wurden erreicht. Anregungen zur Durchführung des Projektes wurden aufgegriffen. Von Seiten der Kliniken wurde eine erneute konkretisierte Schweigepflichtentbindung als Voraussetzung für die Interviews als notwendig erachtet. Für die Interviews wurde eine weitere Einwilligungserklärung mit Projektinformationsblatt für die Familien erarbeitet und die Einwilligung eingeholt.

Informationen über das Modellprojekt wurden vom Jugendamt auch in politische und Fachgremien der Stadt Leipzig gegeben. Eine Auseinandersetzung mit dem komplexen Hilfebedarf von Familien und eine Suche nach wirksamen Hilfskonzepten sowie effektiven Kooperationsstrukturen finden nicht nur in diesem Modellprojekt statt.

Phase 3 (06/2008 – 11/2008)

Schwerpunkt dieser Phase waren die Interviews zur Ergänzung der Informationen aus der Aktenanalyse. Pro Fall war je ein Interview vorgesehen mit den Eltern, mit Jugendlichen, mit der fallzuständigen Fachkraft des ASD, mit einem oder mehreren Mitarbeitern der Klinik, mit der jeweiligen Lehrkraft bzw. dem Schulsozialarbeiter.

Für die Gruppen der zu Befragenden wurden unterschiedliche Interviewleitfäden auf der Grundlage der Aktenanalyse entwickelt.

Zu den 18 Fällen der Aktenanalyse bei 15 Familien wurden folgende Interviews geführt: Die Interviews mit den ASD-Mitarbeitern wurden für alle 15 Familien durchgeführt. Für die Interviews mit Klinikmitarbeitern und Schulen haben die Personensorgeberechtigten von vier Familien ihre erneute Einwilligung nicht gegeben. Dies betrifft aufgrund von Geschwisterkindern fünf Fälle. Daher reduzierte sich die Zahl möglicher Interviews auf 13 Fälle bei elf Familien. Von elf Familien wurden mit neun Interviews geführt. Die Interviews mit den Klinikmitarbeitern konnten für zwölf Fälle durchgeführt werden. Im schulischen Bereich wurden fünf Interviewpartner gewonnen. Im Vorschulbereich wurde ein Interview in einer Kindertagesstätte durchgeführt. Bei Außerhalbunterbringungen wurde auf Schulinterviews verzichtet, da Ziel der Erhebung die Kooperation mit dem Leipziger Schulsystem war. Bei den ausgewählten Fällen befand sich zum Untersuchungszeitraum noch kein Jugendlicher im Ausbildungsprozess.

Die Datenerhebung mit den beteiligten Fachkräften der Hilfen zur Erziehung gliederte sich in folgende zwei Schwerpunkte: fallspezifischer Fragebogen und Gruppendiskussion. Die Gruppendiskussion fand im Oktober und im November 2008 statt. Vorab wurden die Fragebögen für die Arbeit im Einzelfall versendet.

Im November 2008 fand ein Leipziger Fachtag zum Thema Wirkungsorientierung, Zielfindung, Komplexität der Hilfen zur Erziehung statt. Das Landesmodellprojekt und dessen Stand wurde vorgestellt. Es fanden Workshops mit den Zielen Erfahrungsaustausch und Ideensammlung statt.

Phase 4 (12/2008):

In der Entwurfsphase des Zwischenberichtes wurden den Klinikleitern der KJPPP und dem Abteilungsleiter der SBAL Informationen zum Projektverlauf, zum aktuellen Stand sowie zu den ersten tendenziellen Ergebnissen der wissenschaftlichen Analyse gegeben. Der Zwischenbericht wurde im März 2009 veröffentlicht.

Phase 5 (01/2009):

Neben der weiteren Auswertung des Datenmaterials begannen die wissenschaftlichen Mitarbeiter der Universität Leipzig die Ableitung von Handlungsempfehlungen.

Die aus den Einzelfällen gewonnen Erkenntnisse wurden durch weitere Expertenmeinungen vervollständigt. Dazu wurde ein interdisziplinärer Expertenworkshop mit Fachkräften aus den Bereichen des Jugendamtes (ASD und JGH), der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Sächsischen Bildungsagentur und Vertretern aus dem schulischen Bereich sowie Vertreter aus dem Bereich der ambulanten und stationären Hilfen zur Erziehung durchgeführt. Wobei die Rubriken *Kommunikation*, *Koordination*, *Perspektive Familie* und *Modifikationen für die bestehende Kooperationsvereinbarung* eine besondere Rolle gespielt haben.

Phase 6 (02/2009 – 05/2009):

Für die Untersuchungsfälle, bei denen zum ersten Analysezeitraum in Phase 2 noch nicht alle Schritte der Kooperationsvereinbarung abgeschlossen waren, wurde die Aktenanalyse zur Vervollständigung der Untersuchungsdaten weitergeführt.

Zur Erweiterung der Fallzahl wurden zwei Untersuchungsfälle der JGH aufgenommen. Diese wurden mittels Aktenanalyse und Interviews mit den zwei Sozialarbeitern der JGH untersucht.

Nach weiterer Auswertung und Dokumentation der Daten wurden die Handlungsempfehlungen modifiziert und von der wissenschaftlichen Begleitung an das Jugendamt der Stadt Leipzig gegeben.

Die am Kooperationsprozess beteiligten Arbeitsbereiche des Jugendamtes setzten sich mit den Handlungsempfehlungen auseinander und begannen, Umsetzungsideen zu entwickeln.

Phase 7 (06/2009 – 09/2009):

Auf die zum Projektbeginn bei der Erstellung der Projektskizze vorgeplante Arbeitstagung wurde aufgrund der zeitlichen Nähe zur Abschlussfachtagung verzichtet. Stattdessen wurden die Handlungsempfehlungen und die Umsetzungsvorstellungen des Jugendamtes den Leitungsebenen der Kooperationspartner vorgestellt. Gespräche wurden mit beiden Kliniken für KJPPP, mit der SBAL sowie mit dem Sprecher der Fach-Arbeitsgruppe Hilfen zur Erziehung geführt. In diesen Gesprächen wurde vereinbart, dass von den kooperierenden Arbeitsbereichen ASD, JGH, Kliniken, SBAL und Schulen sowie Leistungserbringer Hilfen zur Erziehung Umsetzungsideen zu den Handlungsempfehlungen entwickelt und in eine gemeinsame Arbeitsgruppe eingebracht werden. Die

Kooperationspartner waren zur gemeinsamen Vorbereitung und Durchführung der Abschlussfachtagung bereit.

Die Arbeitsgruppe der Kooperationspartner diskutierte die Umsetzungsideen und bereitete die Workshops der Abschlussfachtagung „Es geht um uns! - Ergebnisse eines praxisbezogenen Forschungsprojektes zur qualifizierten Betreuung von Familien und jungen Menschen mit komplexem Hilfebedarf“, am 29.09.2009, vor.

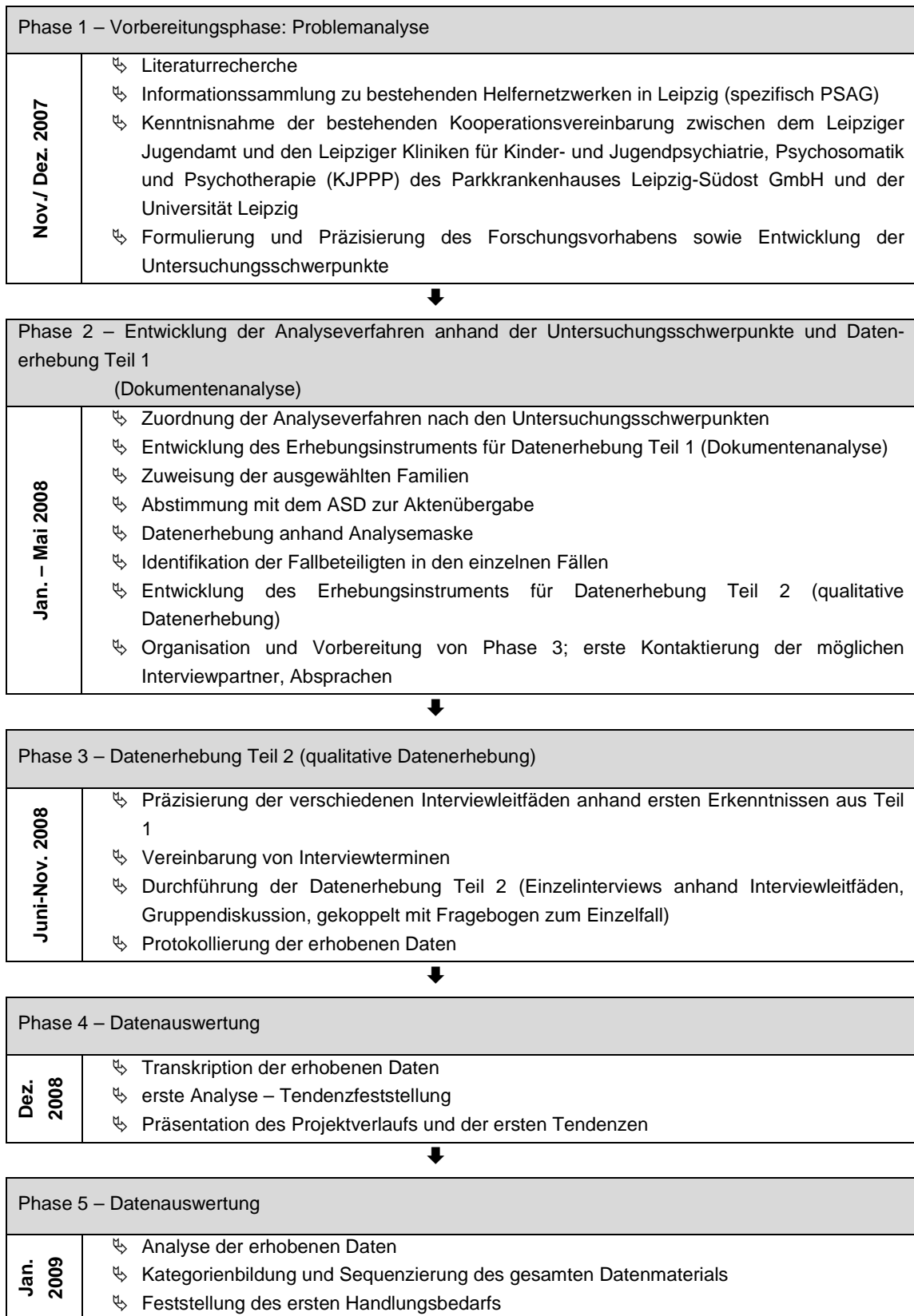
Ein erstes Fazit zu unseren Umsetzungsvorstellungen haben wir im vorliegenden Abschlussbericht als ein Arbeitsergebnis dokumentiert. Dies wird ein Zwischenstand sein.

Die Vorstellungen zur Umsetzung von Kooperationsbedingungen wurden in die Workshops der Fachtagung eingebracht und mit den Teilnehmern diskutiert.

Ein weiterer Schwerpunkt dieser Projektphase war die Erarbeitung und Veröffentlichung des vorliegenden Abschlussberichtes.

Nach Abschluss des Modellprojektes sind unsere Vorstellungen zur Weiterentwicklung der Kooperation auf der Grundlage der Handlungsempfehlungen umzusetzen. Ein Schwerpunkt wird die Überarbeitung unserer Kooperationsvereinbarung unter Einbeziehung des Kooperationspartners Schule sein.

Untersuchungsverlauf





Phase 6 – Datenerhebung Teil 3 (Dokumentenanalyse und qualitative Datenerhebung)	
Febr. – Mai 2009	<ul style="list-style-type: none">↪ weitere Analyse der vorhandenen Fallakten↪ Analyse weiterer Fallakten aus dem Bereich der Jugendgerichtshilfe↪ Durchführung von Interviews zu den hinzugekommenen Fällen↪ Protokollierung der erhobenen Daten



Phase 7 – Systematische Auswertung der erhobenen Daten	
Juni – Sept. 2009	<ul style="list-style-type: none">↪ Auswertung der Daten mittels qualitativer Inhaltsanalyse↪ Bündelung der Ergebnisse↪ 1. Präsentation zur Abschlussfachtagung am 29.09.2009↪ Verfassung des Endberichtes

Fachtagung „Es geht um uns! - Ergebnisse eines praxisbezogenen Forschungsprojektes zur qualifizierten Betreuung von Familien und jungen Menschen mit komplexem Hilfebedarf“ am 29.09.2009

Workshopergebnisse Perspektive ASD und Jugendgerichtshilfe - Jugendamt

Die Ideen der Teilnehmer zur Weiterentwicklung der Kooperation wurden in vier thematischen Gruppen entwickelt:

Einbindung des "neuen" Kooperationspartners Schule

- Zur Schule soll im Einzelfall möglichst frühzeitig der Erstkontakt hergestellt werden.
- Günstig wäre, wenn feste Ansprechpartner der Kooperationspartner zur Verfügung stehen würden, z. B. als fallübergreifende Koordinatoren und Multiplikatoren.
- Im Einzelfall sollte geklärt werden, was für das Kind in der Schule noch möglich ist. Individuelle Sonderregelungen für die Beschulung sollten kurzfristig getroffen werden (z. B. weniger Stunden und Einzelbetreuung).
- Gute Erfahrungen wurden von Schulen mit der Erstellung von Schülerchronologien gemacht. Die schulische Entwicklung kann damit von allen gut verfolgt werden. In der Schule ist damit der Informationsfluss unter Kollegen leistbar.
- Schulen haben viele Informationen über ihre Schüler. Insbesondere wird der JGH empfohlen, mehr auf Schulen zuzugehen und deren Informationen zu nutzen. Schulen wünschen sich ihrerseits Informationen über ihre Schüler z. B. über zu leistende Arbeitsstunden.
- Grenzen sollten gegenseitig thematisiert werden.
- Es sollte miteinander geklärt werden, was Schule neben Bildung noch leisten kann.
- Gute Erfahrung gibt es in Schulen mit einer monatlichen Fallbesprechung.

Zuverlässig funktionierende und gelingende Kooperationsbeziehungen

- Voraussetzung ist ein professionelles Verständnis mit Nutzung der Arbeitsebene, nicht nur der persönlichen Beziehungen.
- Zuverlässig funktionierende Kooperationsbeziehungen erfordern die Ressourcen Zeit, Finanzen, Investition.
- Entsprechende politische Entscheidungen können und sollen Kooperation fördern.
- Regeln sind für Kooperation erforderlich, insbesondere gesetzliche Regeln z. B. zum Datenschutz.
- Förderliche Faktoren sind:
 - Flexibilität: man muss sich mal kurzfristig beraten können
 - feste Termine erhöhen die Zuverlässigkeit
 - Wechsel von Geh- und Komm-Struktur in den Beratungen
 - Verbindlichkeit: Dinge nicht einschlafen lassen
 - selbstbewusste Mitarbeiter in allen Professionen
 - gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung: gibt Kraft

- Die institutionelle Kooperation ist fallübergreifend auf Metaebene erforderlich, auf Leitungsebene und auf anderen Ebenen. Sie sollte Wichtigkeit haben, wie eine „Chefsache“ behandelt werden.

Fallsteuerung und Fallverantwortung

- Die Aufgaben Fallsteuerung und Fallverantwortung lassen sich nicht immer klar trennen. Im Einzelfall muss den Beteiligten klar sein, wer im Zeitkontinuum welche Aufgaben leisten muss.
- Bei der Beteiligung unterschiedlicher Helfersysteme hat der ASD bei der Fallsteuerung insbesondere die Aufgaben der Moderation und Koordination.
- Wenn unklar ist, wann der ASD in welcher Rolle ist, werden beim ASD Rollenkonflikte befürchtet.
- Soll es bei Konflikten noch einen Dritten mit Entscheidungskompetenz geben?
- Die internen Schulungen könnten auch mit externen Fachkräften erfolgen. In der Klinik könnten z. B. Fallbesprechungen angeboten werden.

Transparenz in der Kooperation und Einbindung neuer Mitarbeiter

- Von den Schulen wurden bisher häufige Wechsel der Ansprechpartner des ASD erlebt.
- Der Datenschutz wurde gegenüber den Schulen häufig als Argument genutzt, keine Informationen zu geben.
- Von Schulen werden gemeinsame Beratungen gewünscht, z.B. zum pädagogischen Tag.
- Dem ASD wird vorgeschlagen, den Schüler auch direkt in der Schule zu sehen.
- Es gibt keine Einbeziehung der Schulen in Helferkonferenzen, die Schulen wünschen diese aber möglichst rechtzeitig. Sie wünschen auch die Informationen über Ergebnisse der Helferkonferenzen.
- Die Schulen wünschen sich Klinikberichte nicht mit medizinischen Fremdwörtern, sondern sie wünschen Informationen über die Probleme des Schülers. Es soll herausgearbeitet werden, was die Schule wissen muss.
- Schulungen für neue Kollegen sind sinnvoll und notwendig in Form von Themenkomplexen.
- Die Schulen benötigen eine Definition des Kindeswohls z. B. in Form eines Blattes, welches allen Kollegen zur Verfügung gestellt werden kann.
- Für die Transparenz in der Kooperation werden Ressourcen benötigt.
- Als geeignete fallübergreifende Ansprechpartner für die Kooperation werden die Schulsozialarbeiter gesehen. Schulsozialarbeiter sollten jeder Förderschule zur Verfügung stehen (in der Praxis ist dies nicht so).

Themenübergreifend wurde der Wunsch geäußert, dass mehr Zeit und Raum für den fachlichen Austausch der Mitarbeiter an der Basis für die Kooperationspartner zur Verfügung stehen soll.

Workshopergebnisse Perspektive Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Idee eines Schnittstellenmanagers, anteilig finanziert von allen beteiligten Institutionen, zur Koordinierung von Kooperationsbeziehungen und als Berater in Einzelfällen.
- Der Status „komplexer Hilfebedarf“ erfordert in den jeweiligen Institutionen zumindest zeitweilig eine erhöhte Ressourcenfreisetzung, die bereit gestellt werden muss (z.B. in besondere Form der Beschulung, erhöhter Zeitbedarf für Netzwerkarbeit).
- Kooperation wird von allen Beteiligten als sehr wichtig betrachtet.
- Die Kooperationsvereinbarung sollte für alle Interessierten veröffentlicht werden.
- Die Begriffe „Fallsteuerung“, „Fallverantwortung“ und „Fallmoderation“ sollten mit Inhalten gefüllt werden, um daraus Handlungsempfehlungen ableiten zu können.
- Uneinigkeit besteht über den Vorschlag der beteiligten MitarbeiterInnen aus den Schulen, ein Vorabgespräch des Helfersystems vor einer Helferkonferenz unter Beteiligung der Eltern zum Informationsaustausch durchzuführen.
- Von Seiten der VertreterInnen aus der Jugendhilfe wird der Wunsch einer psychiatrisch/psychologischen Betreuung in den Jugendhilfeeinrichtungen formuliert.
- Seitens der KJPPP wird eine fortgeführte Betreuung durch SPFH oder Erziehungsbeistand während des stationären Aufenthaltes des Kindes oder Jugendlichen gewünscht und gefördert. Sollten Hilfen während des Aufenthaltes in der KJPPP beendet werden (eine Absprache mit den Therapeuten ist wünschenswert), soll den Fachkräften aus der Jugendhilfe genügend Zeit für einen angemessenen Abschied bereitgestellt werden.
- Unter den Fällen des „komplexen Hilfebedarfs“ sind die Fälle der „Hilfeverweigerer“ eine Subgruppe, hier besteht noch mehr Bedarf an Austausch mit den Fragestellungen: Was sind die Möglichkeiten und Grenzen der beteiligten Systeme? Wer motiviert wie? Was passiert, wenn keine Freiwilligkeit erreicht wird/werden kann?
- Die Kliniken wollen sich verpflichten, die Schulen frühzeitig mit einzubeziehen.
- Es ist festzustellen, dass eine Beendigung der Jugendhilfemaßnahme während eines stat. Aufenthaltes in der KJPPP selten stattfindet, falls das passiert, wird die Klinik über Grund und Beendigungsdatum informiert.
- Jede Kooperation ist so gut, wie ihr Krisenmanagement.

Workshopergebnisse Perspektive Hilfen zur Erziehung

Die Teilnehmer setzten sich folgendermaßen zusammen: Zwei VertreterInnen der Uni Leipzig, Mitarbeiterinnen aus dem Bereich SPFH, Leitungskräfte aus stationären Einrichtungen der Jugendhilfe/ Freie Träger, eine Lehrerin aus dem Förderzentrum für Erziehungshilfe, eine Ärztin aus der Kinderklinik Wernsdorf, eine Sozialarbeiterin aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie Zwickau, ein Jugendhilfereferent der Diakonie

Teil 1 Stichworte, Gedanken, Bewegendes aus den Referaten vom Vormittag und der Arbeitswelt der Teilnehmer

- Insgesamt keine neuen Erkenntnisse, sondern Bestätigung des Erlebbareren, aber auch die Hoffnung, dass nunmehr Veränderungsbereitschaft entsteht.
- Vertrauen, Zutrauen in der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen muss noch entwickelt werden.
- Immer wieder überzogene Erwartungen des anderen Kooperationspartners.
- Dialog noch nicht auf Augenhöhe.
- Wie kann eine koordinierende Kraft zwischen den Institutionen/Hilfen tätig werden? Was braucht sie dazu? Muss dies immer der ASD sein?
- Verstärkte Bemühungen notwendig, um Eltern mitzunehmen und zu gewinnen.
- Kinder schützen - mit Blick auf die Zahl von 1,5 Millionen Kindern, die mit psychisch kranken Eltern zusammenleben (müssen) - Was ist förderlich für die kindliche Entwicklung?
- Prävention nicht vernachlässigen, sondern mit Blick nach vorn entwickeln.
- Sind die Kooperationspapiere allen bekannt und für alle verständlich?
- Wo wird die Elternarbeit angebunden? An der gerade „tätigen“ Institution oder kann das auch übergreifend erfolgen?
- Wer braucht welche Informationen? Was ist wem wichtig?

Teil 2 Wie kann es mit der Kooperation/Kommunikation vorankommen?

- Definition und Zuschreibung der Begriffe Fallsteuerung, Fallverantwortung, Fallmoderation, Fallzuständigkeit ist notwendig.
- Was braucht der ASD, um seine gesetzlich festgeschriebene Fallverantwortung in der Praxis umzusetzen? - Qualifikation, Beratungskompetenz, Zeit.
- Kann der ASD gesetzlich festgeschriebene Fallverantwortung (in Teilen) an Dritte übertragen? Was bräuchte es dazu an Rahmenbedingungen?
- Kommunikation zwischen den Institutionen auf Augenhöhe - Wissen um die Aufgaben der anderen Kooperationspartner! Was muss in Lehre und Fortbildung der Fachkräfte weiterentwickelt werden? Lernen, miteinander zu reden.
- Gemeinsame Fallgestaltungskonferenzen der Institutionen Schule, Psychiatrie und Jugendhilfe um gemeinsam Hilfen auszugestalten, Kreativität zu ermöglichen, Sicherheit bei allen Beteiligten im Handeln und Tun zu erlangen.
- Dies alles braucht zwingend einen personellen, zeitlichen, sächlichen und letztlich finanziellen Rahmen.

Schwerpunkte der Untersuchung

Fragestellungen zur Kooperation der fallbeteiligten Professionen insgesamt	Analyseverfahren
Welchen inhaltlich-fachlichen Fragestellungen sollte intensiver nachgegangen werden?	a) halbstandardisierte Interviews b) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
Wie viel Absprache ist erforderlich, um erfolgreich arbeiten zu können?	a) halbstandardisierte Interviews b) Gruppendiskussion Fragebogen zum Einzelfall
Welche Eigenverantwortung müssen die fallbeteiligten Professionen im Rahmen ihrer fachlichen Zuständigkeit leisten?	a) halbstandardisierte Interviews b) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
Welche Aufgaben müssen von den fallbeteiligten Institutionen gemeinsam bewältigt werden?	a) halbstandardisierte Interviews b) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall

Fragestellungen zur Kooperation zwischen Jugendhilfe und KJPPP	Analyseverfahren
<p>Wurden die festgesetzten Arbeitsschritte der Kooperationsvereinbarung eingehalten?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ist erkennbar, dass die Arbeitsschritte eingehalten/nicht eingehalten wurden? - Gibt es eine Begründung, wenn sie nicht eingehalten wurden? - Ist diese Begründung nachvollziehbar? - Welche Aussagen zu Zeitaspekten und Zeitplänen sind für die Teilschritte und Arbeitsphasen zu machen? - Erweisen sich die festgelegten Arbeitsschritte als praktikabel und effizient? 	a) Dokumentenanalyse b) halbstandardisierte Interviews
Wo gibt es Schwachstellen in der Kooperation?	a) Dokumentenanalyse b) halbstandardisierte Interviews c) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
Wo gibt es Schlüsselstellen, die besonders für eine erfolgreiche Kooperation zu beachten sind?	a) halbstandardisierte Interviews b) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
Verläuft die Kooperation der fallbeteiligten Institutionen zufrieden stellend?	a) halbstandardisierte Interviews b) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
War der Kommunikationsprozess zwischen den Professionen geprägt von fachlicher Wertschätzung und Anerkennung der Autonomie der anderen Professionen für deren Aufgabe?	a) (Dokumentenanalyse) b) halbstandardisierte Interviews c) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
War die gegenseitige Information zur Fallentwicklung wechselseitig verständlich?	a) (Dokumentenanalyse) b) halbstandardisierte Interviews c) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
War die gegenseitige Information zur Fallentwicklung zeitnah?	a) (Dokumentenanalyse) b) halbstandardisierte Interviews c) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
Kann bei unterschiedlichen Auffassungen zum Fall ein Konsens erreicht werden?	a) halbstandardisierte Interviews b) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
Welche Ergebnisse für den Minderjährigen und seine Familie sind jeweils am Ende einer Hilfe einer fallbeteiligten Institution festzustellen? Gibt es Erfolge und Misserfolge?	a) Dokumentenanalyse b) halbstandardisierte Interviews c) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall

Fragestellungen zur Kooperation von Schule	Analyseverfahren
Welche Ergänzungen sind für die Kooperation mit Schulen und Institutionen der beruflichen Ausbildung erforderlich	a) halbstandardisierte Interviews
Wie ist es gelungen, die Schulen (berufliche Ausbildung) im Einzelfall einzubeziehen und mit welchen Effekten?	a) Dokumentenanalyse b) halbstandardisierte Interviews c) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
Was gibt es an fallbezogenen Netzwerken zur Schule bzw. beruflichen Ausbildung? Wie gelingt die Kooperation mit diesem Netzwerk im Einzelfall?	a) halbstandardisierte Interviews b) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
Wo gibt es Schwachstellen in der Kooperation?	a) Dokumentenanalyse b) halbstandardisierte Interviews c) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
Wo gibt es Schlüsselstellen, die besonders für eine erfolgreiche Kooperation zu beachten sind?	a) halbstandardisierte Interviews b) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
Verläuft die Kooperation der fallbeteiligten Institutionen zufriedenstellend?	a) halbstandardisierte Interviews b) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
War der Kommunikationsprozess zwischen den Professionen geprägt von fachlicher Wertschätzung und Anerkennung der Autonomie der anderen Professionen für deren Aufgabe?	a) (Dokumentenanalyse) b) halbstandardisierte Interviews c) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
War die gegenseitige Information zur Fallentwicklung wechselseitig verständlich?	a) (Dokumentenanalyse) b) halbstandardisierte Interviews c) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
War die gegenseitige Information zur Fallentwicklung zeitnah?	a) (Dokumentenanalyse) b) halbstandardisierte Interviews c) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
Kann bei unterschiedlichen Auffassungen zum Fall ein Konsens erreicht werden?	a) halbstandardisierte Interviews b) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall
Inwieweit wird einer schulischen Ausgrenzung im Untersuchungszeitraum entgegengewirkt? Inwieweit wird eine schulische Integration gefördert?	a) (Dokumentenanalyse) b) halbstandardisierte Interviews c) Gruppendiskussion + Fragebogen zum Einzelfall

Fragestellungen zur Kooperation von Familie	Analyseverfahren
Welche Erfahrungen haben die Familien mit der Kooperation der Institutionen und Professionen gemacht?	halbstandardisierte Interviews
War der Kooperationsprozess für sie transparent?	halbstandardisierte Interviews
Fühlten Sie sich wertgeschätzt?	halbstandardisierte Interviews
Wo gibt es Schwachstellen?	halbstandardisierte Interviews
Wo gibt es Schlüsselstellen, die besonders für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu beachten sind?	halbstandardisierte Interviews
Kann bei unterschiedlichen Auffassungen ein Konsens erreicht werden?	halbstandardisierte Interviews
Findet Elternarbeit statt?	halbstandardisierte Interviews

Analysemaske der Dokumentenanalyse

Fallverlauf (Codennr.)

Fallstart:

Zugang:

Personenbezogene Daten:

Geburtsdatum:	
Geschlecht:	
Geschwister:	
leibliche:	
Halbgeschwister:	
Stiefgeschwister:	
Geschwisterposition:	
Anmerkungen	

Familienstruktur:

Verhältnis zu KM:	
Verhältnis zu KV:	
Verhältnis zu anderen wichtigen Angehörigen:	
aktuelle Wohnform:	
Verhältnis KM und KV:	

Schullaufbahn:

Vorschulbereich	
Einschulung	
Schulwechsel	
Aktuelle Klassenstufe:	
Zurückstellung:	
Wiederholung:	

Familie (laut Organigramm):

	Angaben	wesentliche Informationen zu Beziehungen innerhalb der Ursprungsfamilie
KM		
KV		
evtl. LP		
Andere		

Fallbeteiligte:

Bereich	Einrichtung	Name	Funktion	Anschrift	Telefon/Fax	Zeitraum	Anmerkungen
Jugendamt							
KJPPP (ambulant/ stationär)							
Schule							
HzE (ambulant/ stationär)							
andere							

Problembeschreibung laut Akte:

-
-
-

Sozialanamnese:

-
-
-

Fallverlauf:

Fallverlauf vor KJPPP (1)		•
		•
		•
		•
Einbindung von Schule vor KJPPP (1)		•
		•
		•
		•
Fallverlauf während KJPPP Aufenthalt (1)		•
		•
		•
		•
Einbindung von Schule während KJPPP Aufenthalt (1)		•
		•
		•
		•

::

Interviewleitfäden

Interviewleitfaden – Allgemein für ASD und KJPPP

Einstiegsfragen

- Wie stellt sich ihrer Meinung nach die zahlenmäßige Entwicklung der Kinder/ Jugendlichen, die aus ihrer Sicht unter massiven Problemen leiden (= komplexer Hilfebedarf) dar?
- Ist diese Gruppe stark angewachsen?
- An welchen Symptomen/Auffälligkeiten können Sie das festmachen?

I) Strukturebene (allgemeine Fragen zur Zusammenarbeit)

1) *Arbeitsaufwand*

- **Wie hoch** schätzen Sie Ihren Arbeits- und Zeitaufwand **für kooperative Prozesse und deren Vorbereitung** ein?
- Inwieweit werden Kooperationsaufgaben als eine Arbeitsaufgabe/ Zeitaufwand **anerkannt** und **dokumentiert**?
- Wie und wo fordern Sie selbst diese Anerkennung ein?

2) *fachlicher Austausch und Entwicklung eines gemeinsamen Grundverständnisses*

- **In welcher Form** findet ein fachlicher Austausch statt (zum gemeinsamen Grundverständnis, zur Problemdefinition und Fallbearbeitung)? (s. Fortbildungen, Workshops, thematische Arbeitsgruppen)
- Wie wird dieser **gefördert**?
- Wer ist für die **Organisation** zuständig?
- Gibt es fallbezogene Netzwerke zur Schule? (*Ist fachlicher Austausch mit Schule gegeben?*)

3) *Rollenverständnis*

- Inwieweit besteht ein **gemeinsames fachliches Grundverständnis**?
- In welcher Form werden **Zuständigkeiten** bei einem Fall **abgestimmt** (abgeklärt)?
- Wie und wann wird eine Fallzuständigkeit **definiert**?

4) *Schnittstellenmanagement*

- Gibt es einzelne **Personen, die verantwortlich für die Kooperations-beziehungen sind** (die z.B. aktuelle Informationen zu den Kooperationspartnern haben?) Wenn ja, wer ist das?
 - a) in der eigenen Institution
 - b) in den kooperierenden Institutionen

5) *Wissen über Kooperationspartner*

- Inwieweit sind Sie informiert/haben Sie welches Wissen über:
 - a) die **Arbeitsweisen** Ihrer Kooperationspartner?
 - b) die **strukturellen** Gegebenheiten und **Rahmenbedingungen** Ihrer Kooperationspartner?
- In welcher **Beziehung** stehen Sie zu Ihren Partnern?

- Wie schätzen Sie die **Erreichbarkeit** Ihrer Kooperationspartner ein?
- Wie wird bei einem **Mitarbeiterwechsel** verfahren?
- Wie werden Sie von einem Mitarbeiterwechsel der **beteiligten Institutionen** informiert?

6) Kooperationsvereinbarung

- In welcher Form wurde die jeweilige aktuelle Fassung den relevanten Akteuren **bekannt gemacht**/diskutiert?
- Welchen **Stellenwert**?
- Wie genau kennen Sie diese?
- Wie **arbeiten** Sie danach?
- Wie schätzen Sie die **Verständlichkeit** und **praktische Relevanz** ein?

II) Prozessebene (spezifische Fragen zum Fall)

- positive/negative Knackpunkte des Falles in Betrachtung des Psychiatrieaufenthaltes

Kommunikation

- Wie ist Zusammenarbeit entstanden?
- Wie stellen Sie den **Kontakt** zu möglichen Kooperationspartnern her?
- Wie erfolgt der **Informationsaustausch** zwischen Ihnen und Ihren Partnern?
- Waren im Einzelfall die Informationen **verständlich** und **zeitnah**? *Warum nicht?*
- In welcher Form gewährleisten Sie und Ihre Partner **Rückkopplungsmöglichkeiten**?
- Gibt es gemeinsame **Treffen**?
- Was sind nach Ihren Erfahrungen:
 - a) die **Schlüsselstellen** für eine erfolgreiche Kommunikation zwischen den Partnern (Jugendhilfe/Schule/Psychiatrie)?
 - b) die **Schwachstellen** im Kommunikationsprozess (Jugendhilfe/Schule/Psychiatrie)?

Fachliche Wertschätzung – Beteiligung – Transparenz

- **Fühlen Sie sich** in Ihrer Arbeit von Ihren Partnern **anerkannt**?
- Werden Ihre **fachlichen Beurteilungen** von Ihren Partnern **wertgeschätzt** und umgesetzt?
- Fühlen Sie sich in diesem Prozess **ausreichend einbezogen**?
- Wer leitet den Prozess?
- Wer ist für welche Aufgaben im Fall zuständig? (*spezifisch nochmals nachfragen zur Initiierung der Zusammenarbeit in der Entlassungsplanung und Nachsorge*)
- Wie haben Sie die gemeinsamen Aufgaben organisiert bzw. gestaltet?
- Werden diese Zuständigkeiten und Bestimmungen Ihrer Meinung nach eingehalten?
- Welche Möglichkeiten einer Unterstützung durch ihre Leitungsebene haben Sie?
- Sind die **Handlungsweisen** Ihrer Partner im Einzelfall für Sie **transparent** (gewesen)?
- Hat die **Diagnose** einen **Einfluss auf die Entscheidung** welche Maßnahme für das Kind/den Jugendlichen geplant wird? Warum nicht?

Umgang mit Konflikten

- Gab es für den Einzelfall unterschiedliche Auffassungen zwischen ASD und KJPPP?
- Wie werden Konflikte/Unstimmigkeiten **thematisiert** und **bearbeitet**?
- Wie schätzen Sie die **Möglichkeiten zur Bearbeitung** dieser Konflikte ein?
- Wenn ja, ist es gelungen einen **Konsens zu erreichen** und wie ist dies gelungen?
- Wer übernimmt die Aufgabe der Konsensfindung? (Gibt es Möglichkeiten bzw. Ansprechpartner einer Schiedsstelle?)
- An wen wenden Sie sich bei **Problemen** im Prozess/in der Zusammenarbeit?

Hilfe- und Klientensystem

- Inwieweit werden a-c **im Prozess mit einbezogen** und mit welchen Effekten? (*Wie ist es gelungen?*)
 - a) die Mitarbeiter des Helfersystems (HzE)
 - b) das Klientensystem (Familie)
 - c) Schule (berufliche Ausbildung)
- Inwieweit wird/wurde einer schulischen Ausgrenzung im Untersuchungszeitraum entgegengewirkt bzw. Integration in Schule oder Ausbildung gefördert?

Kooperationsvereinbarung

- Wie **praktikabel/hilfreich** sind die **Arbeitsschritte** für die Arbeit am Einzelfall?
- Ist es möglich, die **Schritte** im Fallverlauf einzuhalten?

III) Ergebnisebene

Zufriedenheit

- Wie zufrieden sind/waren Sie:
 - a) mit der Zusammenarbeit am Fall?
 - b) Mit dem Ergebnis der Maßnahme?
- Wie **definieren** Sie Erfolg/Misserfolg für Ihre Arbeit?
- Wann ist es für Sie ein **erfolgreicher/erfolgloser Prozess**? (*Was machen Sie dann? Was passiert dann?*)
- **Wie gehen Sie mit Erfolg bzw. Misserfolg um?** *In welcher Art bzw. Form reflektieren Sie Erfolge bzw. Misserfolge?*

Bewertung und Rückmeldung der Prozesse

- Wie erhalten bzw. geben Sie eine Rückmeldung?
- An wen (welche Partner)? Von welchen Partnern?
- Welche **Schlussfolgerungen** ziehen Sie am Ende einer Maßnahme?
- Mit wem ziehen Sie diese Schlussfolgerungen? → Wie setzen Sie diese Erkenntnisse um?

Hilfe- und Klientensystem

- Inwieweit werden **in der Ergebnissicherung/Rückkopplung mit einbezogen?**
 - a) die Mitarbeiter des Helfersystems
 - b) das Klientensystem (Familie)
 - c) die Schule (berufliche Ausbildung)

IV) Zusammenfassung

- Können Sie noch einmal **konkret zusammenfassen**, wo die Knackpunkte/ Problemfelder für die Zusammenarbeit mit Ihren Partnern lagen/liegen? (**Ideen, was hätte man anders lösen können?**)
- Welche **Entwicklungspotentiale** sehen Sie für die Kooperation/ Zusammenarbeit mit Jugendamt, KJPPP und Schule?
- Was können Sie dafür tun? (Kooperation leben)
- Wo sind Ihre Grenzen? Warum?
- Welche **Ergänzungen** (Kooperationsvereinbarung) sind Ihrer Meinung nach **für die Kooperation mit Schulen** und Institutionen der beruflichen Ausbildung erforderlich?

Interviewleitfaden – Schule

Einstiegsfragen

- Inwiefern stellt sich ihrer Meinung nach die **zahlenmäßige Entwicklung** der Kinder/Jugendlichen, die aus ihrer Sicht unter massiven Problemen leiden dar?
 - Ist diese Gruppe stark angewachsen?
 - An welchen Auffälligkeiten festmachend?
- Wie reagieren Sie, wenn Sie mit einem solchen Kind/Jugendlichen konfrontiert sind?
- Mit wem besprechen sie das Problem? (Kollegen, dem Schüler, Eltern, externen Institutionen?)

I) Strukturebene (allgemeine Fragen zur Zusammenarbeit)

1) Arbeitsaufwand

- Welchen Stellenwert hat Kooperation in der Schule?
- Inwieweit werden **Kooperationsaufgaben** als eine Arbeitsaufgabe **anerkannt?** → In welcher Form wird dies wertgeschätzt? → (*Gibt es z.B. Freiräume, zeitliche Unterstützung und Unterstützung allgemein?*)
- Wie hoch schätzen Sie Ihren Arbeits- und Zeitaufwand für kooperative Prozesse und deren Vorbereitung ein?
- Wie und wo fordern Sie selbst diese Anerkennung ein?
- Wo sind Ihre Grenzen der Zusammenarbeit und warum?

2) fachlicher Austausch und Entwicklung eines gemeinsamen Grundverständnisses

- **In welcher Form** findet ein fachlicher Austausch statt (zum gemeinsamen Grundverständnis, zur Problemdefinition und Fallbearbeitung)? (s. Fortbildungen, Workshops, thematische Arbeits-gruppen)
- Inwieweit wird ein fachlicher Austausch gefördert?
- Gibt es einen fachlichen Austausch **mit anderen Institutionen** (Jugendamt, Psychiatrie?)
- Inwieweit besteht ein **gemeinsames fachliches Grundverständnis**?
- Wer ist für die Organisation eines fachlichen Austausches zuständig?
- Inwieweit sind Sie über die **Strukturen und Arbeitsweisen** der beteiligten Institutionen informiert?
- Welche **Kommunikationswege** innerhalb der Schule werden genutzt?
- Welche Gremien/**Strukturen** stehen Ihnen zur Verfügung, um über diese **Probleme zu sprechen**? Schulintern-, extern?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit diesen Gremien/Strukturen gemacht?
- Hat sich diesbezüglich in den letzten Jahren etwas verändert? Was?

3) Schnittstellenmanagement

- Gibt es einzelne **Personen, die verantwortlich für die Kooperationsbeziehungen** sind (die z.B. aktuelle Informationen zu den Kooperationspartnern haben?) Wenn ja, wer ist das?
 - a) in der Schule
 - b) in kooperierenden Institutionen
- An wen wenden Sie sich, wenn Sie im Rahmen der Kooperation Probleme haben?

4) Wissen über Kooperationspartner

- Inwieweit sind Sie informiert/haben Sie welches Wissen über:
 - c) die **Arbeitsweisen** Ihrer Kooperationspartner?
 - d) die **strukturellen** Gegebenheiten und **Rahmenbedingungen** Ihrer Kooperationspartner?
- In welcher **Beziehung** stehen Sie zu Ihren Partnern?
- Wie schätzen Sie die **Erreichbarkeit** Ihrer Kooperationspartner ein?

5) Kooperationsvereinbarung

- Gibt es eine Kooperationsvereinbarung? Mit wem?
- Kennen Sie die Kooperationsvereinbarung zwischen den Psychiatrien Leipzigs und dem Jugendamt?

wenn ja:

- In welcher Form wurde die jeweilige aktuelle Fassung der Kooperationsvereinbarung der Schule bekannt gemacht/diskutiert?
- Welchen Stellenwert ?
- Wie genau kennen Sie diese?
- Wie arbeiten Sie danach?
- Wie schätzen Sie die Zielstellung der Kooperationsvereinbarung ein?
- Wie schätzen Sie die Verständlichkeit und praktische Relevanz der Kooperationsvereinbarung ein?

II) Prozessebene (spezifische Fragen zum Einzelfall)

- positive/negative Knackpunkte des Falles in Betrachtung des Psychriaufenthaltes
-

Kommunikation

- Wie ist die Zusammenarbeit entstanden?
- Wie stellen Sie den **Kontakt** zu möglichen Kooperationspartnern her?
- Wie erfolgt der **Informationsaustausch** zwischen Ihnen und Ihren Partnern?
- Waren im Einzelfall die Informationen **verständlich und zeitnah**? *Warum nicht?*
- In welcher Form gewährleisten Sie und Ihre Partner Rückkopplungsmöglichkeiten? (Gibt es gemeinsame **Treffen**?)
- Was sind nach Ihren Erfahrungen:
 - a) die **Schlüsselstellen** für eine erfolgreiche Kommunikation zwischen den Partnern (Jugendhilfe/Psychiatrie/Schule)?
 - b) Was sind nach Ihren Erfahrungen die **Schwachstellen** im Kommunikationsprozess (Jugendhilfe/Psychiatrie/Schule)?

Fachliche Wertschätzung – Beteiligung – Transparenz

- Fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit von Ihren Partnern anerkannt?
- Werden Ihre fachlichen Beurteilungen von Ihren Partnern wertgeschätzt und umgesetzt?
- Fühlten Sie sich im Prozess ausreichend einbezogen? *Ist dies Ihrer Meinung nach gelungen und welchen Effekt hatte das?*
- Wer leitet den Prozess?
- Wie haben Sie die gemeinsamen Aufgaben organisiert bzw. gestaltet?
- Werden diese Zuständigkeiten und Bestimmungen Ihrer Meinung nach eingehalten?
- **Welche Möglichkeiten einer Unterstützung durch Ihre Leitungsebene haben Sie?**

- Wie wurden Sie über die Diagnose in Kenntnis gesetzt?
- Hat die **Diagnose** einen **Einfluss auf die Entscheidung** wie mit dem Schüler im Schulsystem verfahren wird? *Warum nicht?*

Umgang mit Konflikten

- Gab es für den Einzelfall unterschiedliche Auffassungen zwischen Ihnen und Ihren Partnern?
- Wie werden Konflikte/Unstimmigkeiten **thematisiert** und bearbeitet?
- Wie schätzen Sie die Möglichkeiten zur Bearbeitung dieser Konflikte ein?
- Wenn ja, ist es gelungen einen **Konsens zu erreichen** und wie ist dies gelungen?
- Wer übernimmt die Aufgabe der Konsensfindung? (Gibt es Möglichkeiten bzw. Ansprechpartner einer Schiedsstelle?)
- An wen wenden Sie sich bei Problemen im Prozess/in der Zusammenarbeit?

Klientensystem

- Inwieweit werden a-b in den Prozess mit einbezogen?
 - a) das Klientensystem (Familie)
 - b) Mitarbeiter des Helfersystems (HzE/ASD)
- Inwieweit wird/wurde eine schulische Integration im Untersuchungs-zeitraum **gefördert**?

III) Ergebnisebene

Zufriedenheit

- Wie zufrieden sind/waren Sie:
 - a) mit der Zusammenarbeit am Fall?
 - b) mit dem Ergebnis der Maßnahme?
- Wie **definieren** Sie Erfolg/Misserfolg für Ihre Arbeit?
- Wann ist es für Sie ein erfolgreicher/erfolgloser Prozess? *Was machen Sie dann? Was passiert dann?*
- Wie gehen Sie mit Erfolg bzw. Misserfolg um? *In welcher Art bzw. Form reflektieren Sie Erfolge bzw. Misserfolge?*

Bewertung und Rückmeldung der Prozesse

- Wie erhalten bzw. geben Sie eine Rückmeldung?
- An wen (welche Partner)? Von welchen Partnern?
- Welche **Schlussfolgerungen** ziehen Sie am Ende einer Maßnahme?
- Mit wem ziehen Sie diese Schlussfolgerungen? → Wie setzen Sie diese Erkenntnisse um?

Klientensystem

- Inwieweit werden a-b in die **Ergebnissicherung**/ Rückkopplung mit einbezogen?
 - a) das Klientensystem (Familie)
 - b) Mitarbeiter des Helfersystems (HzE/ASD)

IV) Zusammenfassung

- Können Sie noch einmal konkret zusammenfassen, wo die Knackpunkte/**Problemfelder für die Zusammenarbeit** mit Ihren Partnern lagen/liegen? (Ideen, was hätte man anders lösen können?)
- Welche **Entwicklungspotentiale** sehen Sie für die Kooperation/ Zusammenarbeit mit Jugendamt, KJPPP und Schule?
- Was können Sie dafür tun?
- Wo sind Ihre Grenzen? Warum?
- Welche **Ergänzungen** (Kooperationsvereinbarung) sind Ihrer Meinung nach **für die Kooperation mit Schulen** und Institutionen der beruflichen Ausbildung erforderlich?

Interviewleitfaden Erziehungsberechtigte

- Beschreiben Sie bitte ihre derzeitige Familiensituation (Partner, Kinder, familiäre Probleme)
- Welche Unterstützungsleistungen nehmen Sie gegenwärtig in Anspruch (JH, KJPP, Schule, andere Maßnahmen)?
- Seit wann?
- Gab es bereits frühere Hilfen? Welche?
- Warum war diese aus Ihrer Sicht nicht erfolgreich?

- Was war aus Ihrer Sicht der Anlass für die Inanspruchnahme der gegenwärtigen Hilfe?
- Stimmt das mit den Ansichten der Hilfgewährenden überein?
- Wo und mit wem gibt es abweichende Auffassungen?
- Wie wird versucht, hier einen Konsens zu finden? Wie gut gelingt dies?
- Schätzen Sie bitte Hilfeplan und -gespräche ein: Gemeinsamer Auftrag, Einbezug, Rückmeldungen?
- Wer ist für Sie hauptsächlich Ansprechpartner (JH, KJPPP, Schule, Träger)? Warum?
- Wie fühlen Sie sich verstanden?
- Beschreiben Sie die Probleme (ASD, Schule, KJPPP, Träger, Hilfeverlauf u.a.)
- Welche Gründe sehen Sie dafür? Gibt es Lösungsversuche?
- Schätzen Sie den Hilfeverlauf bisher ein: Ansprechpartner, Einbezug, Probleme?
- Fühlen Sie sich rechtzeitig und ausreichend über Veränderungen (bspw. Verlegungen) informiert? Teilen Sie in der Regel die Notwendigkeit dieser Veränderungen?
- Welchen Eindruck haben Sie von der Zusammenarbeit der beteiligten Akteure? Sehen Sie Schwierigkeiten? Wo läuft es gut?
- Welche Rückmeldungen bezogen auf den Hilfeverlauf durch Ihr Kind gibt es? Wie reagieren Sie darauf?
- Wie schätzen Sie Ihren Einbezug in die Maßnahme ein? Fühlen Sie sich ernst genommen?

- Findet Elternarbeit statt?

- Welche Perspektiven, Hoffnungen, Wünsche haben Sie?
- Was sollte sich ändern?

Interviewleitfaden Jugendliche (ab 12 Jahre)

- Beschreib doch bitte Deine derzeitige Lebenssituation.
- Welche Probleme/Schwierigkeiten hast Du?
- Durch wen wurden diese erstmalig benannt, beschrieben?
- Wurde mit Dir gesprochen? Durch wen? (Schule, Eltern, JA)

- Weißt Du noch, seit wann Du die derzeitige Maßnahme in Anspruch nimmst?

- Einbezug in die Hilfeplangespräche – Berücksichtigung Deiner Meinung bspw. was die Ziele und die Ergebnisse betrifft
- Um welche Art Maßnahme handelt es sich?

- Warst Du schon einmal außerhalb deiner Familie untergebracht?
- Gab es während und nach dieser Zeit Veränderungen?
- Was ist in der ggw. Maßnahme anders? Besser/schlechter?
- Wie ist das für Dich? Wie fühlst Du Dich?
- Was hat sich verändert?
- Wer sind Deine Ansprechpartner – wo, warum?
- Wer versteht Dich besonders gut/schlecht?
- Nimmst Du bei Schwierigkeiten oder guten Nachrichten dorthin Kontakt auf?
- Wenn die Hilfe verändert wird, Du in eine andere Einrichtung verlegt wirst – wer bespricht das mit Dir? Verstehst Du das immer? Fragst Du nach?
- Gab es Veränderungen, die Du nicht verstanden hast? Was passiert dann?
- Was möchtest Du erreichen?
- Sind das auch die Ziele der anderen (Eltern, Schule, KJPPP, JA)?
- Glaubst Du, dass es klappt? Warum/warum nicht?
- Was wünschst Du dir? Was sollte passieren/sich ändern?

Fallbezogener Fragebogen

Fragebogen

Landesmodellprojekt "Praxisbezogenes Forschungsvorhaben: Qualifizierte Betreuung für Familien und junge Menschen mit komplexem Hilfebedarf"

Name des Kindes:

Zeitraum des Psychriaufenthaltes:

Ziel dieser komplexen Untersuchung ist es, die realisierten Kooperationsprozesse hinsichtlich ihrer Tragfähigkeit und ihrer Effektivität zu erheben.

Dabei ist es wichtig, dass Sie in der Beantwortung der Fragen alle relevanten Kooperationspartner (z.B. Schule, Psychiatrie, ASD/Jugendamt, Familie etc.) zum oben genannten Fall mit einbeziehen.

1) Bitte beschreiben Sie deshalb kurz stichpunktartig die **Schlüsselstellen des gelungenen Kooperationsprozesses** bezogen auf den oben erwähnten Fall zwischen Ihnen und ...

... der beteiligten Kinder- und Jugendpsychiatrie:

... dem fallbeteiligten Allgemeinen Sozialen Dienst:

... der fallbeteiligten Schule:

... den Personensorgeberechtigten:

2) Bitte beschreiben Sie ebenfalls kurz stichpunktartig die **Schwachstellen/Problemfelder** des Kooperationsprozesses zwischen Ihnen und ...

... der beteiligten Kinder- und Jugendpsychiatrie:

... dem fallbeteiligten Allgemeinen Sozialen Dienst:

... der fallbeteiligten Schule:

... den Personensorgeberechtigten:

3) Wie gestaltete sich der Informationsaustausch zwischen Ihnen und Ihren fallbeteiligten Partnern (vor, während und nach) dem/des Psychriaufenthalt/es?

4) Wie waren Sie im Kooperationsprozess beteiligt?

- Beschreiben Sie bitte kurz, wen und wie Sie Andere einbezogen haben und wie Sie einbezogen wurden.
- Wie transparent waren für Sie die Handlungsweisen Ihrer Partner in diesem Fall?
- Wie wurden Ihre fachlichen Beurteilungen zu dem Fall von Ihren Partnern wertgeschätzt und umgesetzt?

5) Gab es in dem Einzelfall unterschiedliche Auffassungen zwischen Ihnen und Ihren fallbeteiligten Partnern?

Wenn ja, beschreiben Sie diese kurz stichpunktartig (im Hinblick auf die Bearbeitung bzw. die Thematisierung der Konflikte sowie die Konsensfindung)

6) Wie gestaltete sich in der Zusammenarbeit die Aufgabenplanung bzw. -abstimmung (auch in der Entlassungsphase und Nachsorge)?

7) Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie oder haben Sie am Ende des Psychiatrieaufenthaltes hinsichtlich der Kooperation gezogen?

- Wie zufrieden sind/waren Sie mit der Zusammenarbeit und dem Ergebnis des Aufenthaltes insgesamt?
- Was hätte man Ihrer Meinung nach in der Zusammenarbeit am Fall anders lösen/machen können?

Diskussionsleitfaden der Gruppendiskussion

1a) Entwicklungen und Veränderungen der Zielgruppen ...

- Was nehmen die Träger wahr bezogen auf Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf sowie auf die Familie bzw. Eltern?
- Nehmen Träger der Jugendhilfe Veränderungen in den Diagnosen wahr? → Kristallisiert sich hier ebenfalls eine Komplexität (Komorbidität = Mehrfachdiagnose) heraus? Wenn ja, welche Diagnosen treten am häufigsten auf?

1b) ... und Schlussfolgerungen aus diesen Erkenntnissen für Kooperation

- der Umgang mit diesen komplexen Problemlagen → Wie geht man als Einrichtung mit dieser Komplexität um? → Welche Auswirkungen hat das auf Kooperation?
- Wie hat sich der inhaltliche Zugang aufgrund der Komplexität entwickelt? → Wie gestalten sich die Arbeitsbündnisse?
- Wie gestaltet sich Elternarbeit?

2) Institutionelle Zusammenarbeit und deren Rahmenbedingungen

- Verantwortlichkeiten/Zuständigkeiten für Kooperations-beziehungen bzw. -prozesse
- Wer ist für die Absteckung von Rahmenbedingungen verantwortlich?
- Wie erfolgt eine Unterstützung seitens der Leitungsebene?
- Inwieweit besteht ein gemeinsames fachliches Grundverständnis zum Fall?
- Inwieweit besteht ein gemeinsames Grundverständnis der Helferrollen? (Wie ist meine Rolle bzw. die Rolle der Partner in dem Prozess definiert?) → Wie wird dies hergestellt? → Besteht demzufolge ein Konsens oder Diskurs?
- Wie erfolgt eine Dokumentation, Finanzierung (Abrechnung) und Anerkennung von kooperativen Prozessen?
- Gremienarbeit? Fallübergreifende Zusammenarbeit?

3) Kooperationsprozesse – Möglichkeiten und Grenzen – Nutzen von Kooperationsvereinbarungen

- Blick auf die Entwicklung der Kooperationsprozesse in den letzten fünf Jahren? → Welche Möglichkeiten und Grenzen bestehen bei der Zusammenarbeit am Fall mit den jeweiligen einbezogenen Partnern?
- Kenntnis der Kooperationsvereinbarung von KJPPP und Jugendamt? → Wie darüber informiert?
- Wenn nein, wie sind die Träger in den gesamten Prozess (Psychiatrieaufenthalt) involviert ...
- Gab es erkennbare Veränderungen/Entwicklungen nach Einführung der Kooperationsvereinbarung?
- Welchen Stellwert hat die Kooperationsvereinbarung für die Träger?
- Akzeptanz und Nutzen der Vereinbarung → Wie handhabbar sind solche Vereinbarungen?
- Ist eine Modifikation notwendig? Wenn ja, warum?

- Wie werden Konflikte thematisiert und bearbeitet? → Konsens-findung
- Auf welchen Ebenen entstehen Konflikte (Institutionen/Personen)?

4) Einbindung des spezifischen Kooperationspartners Schule

- Wie gestaltet sich die konkrete Zusammenarbeit mit Schule?
- Wie wird Schule in den HP-Prozess mit einbezogen? → Wer initiiert die Einbeziehung?
- Wie beteiligt sich Schule? Wie beteiligt sie sich nicht und warum? → Was passiert dann? → Wie reagieren Eltern und Kinder darauf?
- Wo wirkt Schule unterstützend? Wo wirkt sie hemmend?

5) Perspektiven und notwendige Veränderungen

- Welche Entwicklungspotentiale sehen die Träger für die Kooperation? → Was können die Träger der HzE dafür tun? → Wo sind ihre Grenzen?
- Welche Modifikationen sind notwendig?
- Wer initiiert solche Prozesse?
- Inwiefern kann ein geeignetes Forum geschaffen werden? (PSAG?)