



# *Ideen & Konzepte*



## Kinder psychisch kranker Eltern

Wege zur besseren Zusammenarbeit von  
Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie

Bericht aus dem Projekt  
"Hilfen für Familien mit multiprofessionellem  
Hilfebedarf" im Kreis Gütersloh

## **Projekt**

„Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“  
im Kreis Gütersloh

## **Mitglieder der Fachkonferenz**

Rainer Hartwig-Clasmeier, Diakonie im Kirchenkreis Halle – Ambulante  
Erziehungshilfen (Projektkoordinator)

Irmhild Schmidt, Kreis Gütersloh, Jugendamt – Regionalstelle Nord

Dr. Paul Erdélyi, LWL-Landesjugendamt

Ulrike Dringenberg, Kreis Gütersloh – Sozialpsychiatrischer Dienst

Kerstin Retzlaff, LWL-Klinik für Psychiatrie Gütersloh, Tagesklinik Halle

Doris Schlüter, Kreis Gütersloh – Sucht- und Psychiatriekoordination

Sonja Buschmann, Verein Daheim e. V.

## **Wissenschaftliche Begleitung**

Prof. Dr. Reinhold Schone, Martina Kriener, Fachhochschule Münster

## **Impressum**

### **Herausgeber:**

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Landesjugendamt Westfalen  
48133 Münster  
Internet: [www.lwl-landesjugendamt.de](http://www.lwl-landesjugendamt.de)

### **Verantwortlich:**

LWL-Jugenddezernent Hans Meyer

### **Projektleitung im LWL-Landesjugendamt:**

Dr. Paul Erdelyi  
Beate Rotering, [beate.rotering@lwl.org](mailto:beate.rotering@lwl.org)  
Dr. Monika Weber, [dr.monika.weber@lwl.org](mailto:dr.monika.weber@lwl.org)

### **Redaktion:**

Martina Kriener, Fachhochschule Münster  
Dr. Monika Weber, LWL-Landesjugendamt Westfalen

### **Satz:**

Volker Hausberg, LWL-Landesjugendamt Westfalen

### **Foto:**

S. Hofschläger/PIXELEO

Münster, im Juli 2011

Schutzgebühr: 6,00 €

ISSN 0946-9769

# Kinder psychisch kranker Eltern

## Wege zur besseren Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie

Abschlussbericht  
zum Ende der wissenschaftlichen Begleitung  
des Praxisprojekts  
„Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“

durchgeführt in Kooperation von

Diakonie im Kirchenkreis Halle e. V. – Ambulante Erziehungshilfen  
Kreis Gütersloh – Abteilung Jugend, Familie und Sozialer Dienst  
LWL-Tagesklinik Halle  
Kreis Gütersloh – Abteilung Gesundheit  
Daheim e. V.  
LWL-Landesjugendamt Westfalen



wissenschaftlich begleitet durch

Fachhochschule Münster, Institut für Praxisentwicklung und Evaluation





## Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

wenn Eltern psychisch erkranken, ist diese Situation sowohl für die erwachsenen Familienmitglieder als auch für die Kinder mit vielfältigen Sorgen, Ängsten und Problemen verbunden. Klar ist: Eine effektive Hilfe kann nur im abgestimmten Miteinander von Psychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe gelingen, denn:

- Ohne eine angemessene psychiatrische Versorgung der erkrankten Elternteile kann eine Familie kaum stabilisiert werden; für die Einschätzung der Erziehungsfähigkeit und die Ausgestaltung einer erzieherischen Hilfen ist das Wissen um Symptome und Krankheitsverläufe psychischer Krankheiten unverzichtbar.
- Ohne die Sicherheit, dass ihre Kinder in den akuten Krankheitsphasen gut versorgt sind, sinken die Chancen der Patientinnen und Patienten auf Genesung.
- Und ohne die Belastungen, die für Kinder aus den Erkrankungen ihrer Eltern resultieren, gezielt in den Blick zu nehmen und zu thematisieren, kann schließlich auch der Unterstützungsbedarf für diese Mädchen und Jungen nicht ausreichend beantwortet werden.

Für die notwendige Zusammenarbeit der Systeme von Jugendhilfe und Psychiatrie braucht es zweierlei: Ein eindeutiges Bekenntnis der Leitungen, dass die Zusammenarbeit gewollt ist, und praktische Erfahrungen auf der operativen Ebene der Fachkräfte, dass die Kooperation für beide Seiten nutzbringend ist. Genau diesen Weg beschreitet das Projekt „Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“ im Kreis Gütersloh.

Das LWL-Landesjugendamt Westfalen hat das Projekt während der gesamten Laufzeit fachlich begleitet und in der Zeit von September 2009 bis Dezember 2010 die wissenschaftliche Evaluation durch das Institut für Praxisentwicklung und Evaluation (IPE) an der Fachhochschule Münster finanziell gefördert. Dieser Bericht präsentiert die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung und nimmt diese zum Anlass ein Resümée aus Sicht der Beteiligten zum Zwischenstand des Projektes zu ziehen, das auch über das Ende der wissenschaftlichen Evaluation hinaus fortgeführt werden wird.

Schon heute lässt sich feststellen: Wie ein Stein, der ins Wasser geworfen wird, hat die Fallkonferenz mittlerweile Wellen hinein in die Organisationen sowohl der Psychiatrie als auch der Kinder- und Jugendhilfe im Kreis Gütersloh schlagen können. Die Erfahrungen zeigen, dass wenn die Wellen größer werden, die Strukturen der Zusammenarbeit immer wieder angepasst werden müssen und z. B. entsprechend der Zielsetzungen und der funktionalen Ebene zu differenzieren und zu flexibilisieren sind. Und auch Settings und Verfahren z. B. zur kollegialen Beratung müssen, wenn es um die interdisziplinäre Beratung und Hilfeplanung geht, neu justiert werden. Hierzu geben die Erfahrungen aus dem Praxisentwicklungsprojekt im Kreis Gütersloh vielfältige Anregungen.

Im Sinne der von psychischen Erkrankungen betroffenen Kinder, Jugendlichen und Familien hoffe ich, dass Sie davon für die Praxis in Ihren Regionen und Organisationen lernen und profitieren können.

A handwritten signature in blue ink that reads "Hans Meyer". The signature is written in a cursive, flowing style.

Hans Meyer, LWL-Jugenddezernent



# Inhalt

	Seite
<b>Einleitung</b>	7
<b>Zur Ausgangslage: Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie als professionelle Herausforderung</b> Martina Kriener/Reinhold Schone	9
<b>Der Weg ist das Ziel: Kooperationsanforderungen und Kooperationsangebote der Jugendhilfe</b> Rainer Hartwig-Clasmeier/Irmhild Schmidt	15
<b>„Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“ im Kreis Gütersloh: Bericht der wissenschaftlichen Evaluation</b> Martina Kriener/Reinhold Schone	21
1. Ausgangslage und Projektidee	21
2. Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung	24
3. Zur Gestaltung multiprofessioneller Hilfen – die Sicht der beteiligten Akteure	27
3.1 Projektziel: Gewährung von Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf	28
3.2 Projektziel: Synchronisation von Problemdefinitionen	31
3.3 Projektziel: Synchronisation von Hilfeansätzen	36
3.4 Projektziel: Verbesserung der Hilfeakzeptanz und der Lebenslage von Eltern und Kindern	42
3.5 Projektziel: „Gute“ Vernetzung der Hilfesysteme	44
3.6 Zusammenfassung	49
3.7 Das Setting der Fallkonferenz	50
4. Ergebnisse und Empfehlungen	55
4.1 Zentrale Ergebnisse der Evaluation	55
4.2 Empfehlungen aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung	57
<b>„Die Jugendhilfe selbstverständlich mitdenken“: Ergebnisse des Projekts aus Sicht der Psychiatrie</b> Ein Interview mit Kerstin Retzlaff	61
<b>Rahmenbedingungen schaffen: Strukturen der Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie, Suchtmedizin und Jugendhilfe im Kreis Gütersloh</b> Doris Schlüter	64
<b>Das Allgemeine im Besonderen: Chancen und Hemmnisse der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie</b> Paul Erdélyi	67
<b>Präventive Hilfen für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder als multi-institutionelles Kooperationsprojekt</b> Michael Hipp/Dirk Schatte/Birgit Altrogge	70
<b>Kooperation von Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe: eine familienmedizinische Perspektive</b> Klaus-Thomas Kronmüller/Martin Holtmann	78
<b>Literatur</b>	81
<b>Autorinnen und Autoren</b>	82
<b>Anhang</b>	83



# Einleitung

Das Projekt „Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“ wird seit 2008 im Kreis Gütersloh in Kooperation des Kreisjugendamtes – Regionalstelle Nord, der Diakonie im Kirchenkreis Halle – Ambulante Erziehungshilfen, dem Sozialpsychiatrischen Dienst und der Sucht- und Psychiatriekoordination im Kreisgesundheitsamt, der LWL-Tagesklinik Halle und dem Verein Daheim e. V. realisiert. Ziel ist es, die Handlungsstrategien der verschiedenen Hilfesysteme – insbesondere Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe – besser aufeinander abzustimmen und die Hilfsangebote für Familien mit multifaktoriellen Problemen zu vernetzen.

Im Zentrum des Projektes steht die Frage, wie es an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie durch die Koordination und Kooperation bei der Gestaltung multiprofessioneller Hilfen gelingen kann, einerseits den Anspruch von Eltern auf Elternschaft und Zusammenleben mit ihren Kindern und andererseits den Anspruch der Kinder auf eine Erziehung zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten (§ 1 SGB VIII) und auf Zusammenleben mit ihren Eltern zu realisieren. Das Projekt ist im Kern als interdisziplinäre Beratung und Hilfeplanung konzipiert, in deren Verlauf – vorrangig im Bereich der ambulanten Hilfen – Hilferessourcen gebündelt und neue Ansätze entwickelt werden sollen.

Das Gesamtprojekt ist dabei nicht als „Modellprojekt“, sondern als „Praxisprojekt“ konzipiert, d. h. dass für das Vorhaben selbst keine gesonderten Mittel bereitgestellt wurden. Vielmehr suchen die Projektakteure im Rahmen der bestehenden Ressourcen eine veränderte Praxis im Alltag der beteiligten Institutionen zu etablieren.

Das LWL-Landesjugendamt Westfalen hat das Projekt während der gesamten Laufzeit fachlich begleitet. Am 12.12.2008 hat der LWL-Landesjugendhilfeausschuss die Verwaltung beauftragt, das Projekt gemeinsam mit den o. g. Kooperationspartnern durchzuführen, und finanzielle Mittel für die wissenschaftliche Begleitung zur Verfügung gestellt (Drucksache 12/1488). Mit der wissenschaftlichen Begleitung beauftragt wurde die Fachhochschule Münster, durchgeführt wurde sie in der Zeit von September 2009 bis Dezember 2010 durch Prof. Dr. Reinhold Schone und Martina Kriener. Die Ergebnisse wurden dem Ausschuss am 01.04.2010 präsentiert. Der vorliegende Projektbericht stellt die Evaluationsergebnisse jetzt auch der breiten (Fach)Öffentlichkeit zur Verfügung und ergänzt diese um Zwischenresümées zum bisherigen Projektverlauf aus Sicht der beteiligten Personen und Organisationen, die daraus Perspektiven für die Weiterarbeit des Praxisentwicklungsprozesses ableiten und gleichzeitig Anregungen für den Transfer der Erfahrungen geben.

Einleitend fassen **Martina Kriener und Prof. Dr. Reinhold Schone (Fachhochschule Münster)**, die das Projekt evaluiert haben, den Forschungsstand zu Kindern psychisch kranker Eltern und zu Problemen und Erfordernissen einer verbesserten Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie zusammen. Deutlich wird, dass gelingende Kooperation vor allem auf der regionalen Ebene mit Leben gefüllt werden muss und sowohl in fallbezogener wie auch fallübergreifender Arbeit (z. B. gemeinsame Fort- und Weiterbildungen) zu verorten ist. Genau hier setzt das Praxisentwicklungsprojekt im Kreis Gütersloh an.

**Rainer Hartwig-Clasmeier (Diakonie Halle) und Irmhild Schmidt (Jugendamt Kreis Gütersloh)**, die das Projekt vor Ort initiiert haben und koordinieren, beschreiben anschließend im Sinne einer Wegbeschreibung den „Streckenplan“ des Projekts mit der Ausgangslage und den Zielorten, den Hürden und Hindernissen und den markanten Zwischenstopps. Sie beleuchten den bisherigen Nutzen für die „Fahrgemeinschaft“ und leiten daraus und aus den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung Perspektiven für die Weiterarbeit ab.

Schwerpunkt des vorliegenden Projektberichts ist die Präsentation der Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation durch **Martina Kriener und Prof. Dr. Reinhold Schone**. Anhand der Zieldimensionen des Projekts „Synchronisation von Problemdefinitionen“, „Synchronisation von Hilfeansätzen“, „Gute Vernetzung der Hilfesysteme“ und „Verbesserung der Hilfeakzeptanz und der Lebenslage von Familien“ fragen sie, inwieweit sich bisher aus Sicht

der Beteiligten diese Ziele umsetzen ließen und zeigen vor allem Perspektiven zur Weiterentwicklung des „Herzstücks“ des Projektes, der interdisziplinären Fallkonferenz, auf.

Wie sich die Motivation zur Mitarbeit, der Verlauf und die bisherigen Ergebnisse des Projektes aus Sicht der Psychiatrie darstellen, beschreibt **Kerstin Retzlaff (LWL-Tagesklinik Halle)** im Interview mit Martina Kriener. Ihre Aussagen verdeutlichen, wie fremd die Handlungslogiken und Arbeitsweisen der Jugendhilfe für andere Disziplinen erscheinen und wie die persönlichen Begegnungen im Projekt zum Abbau von Vorurteilen und zum vertrauens- und wirkungsvollen Miteinander beitragen.

**Dr. Paul Erdélyi (LWL-Landesjugendamt Westfalen)** hat sich mehr als fünfundzwanzig Jahre als Referent und Kinder- und Jugendpsychiater für eine verstärkte Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Psychiatrie engagiert und das Projekt im Kreis Gütersloh intensiv begleitet. Sein Beitrag zeigt auf, welche strukturellen Hemmnisse in der Kooperation der Handlungsfelder sich im Projektverlauf in Halle widerspiegeln und welche Chancen eine Kooperation eröffnet.

Kooperation muss gewollt sein und braucht förderliche Rahmenbedingungen. Hier konnte das Praxisentwicklungsprojekt in Halle an guten Voraussetzungen anknüpfen, wie der Beitrag von **Doris Schlüter (Kreis Gütersloh – Sucht- und Psychiatriekoordination)** aufzeigt. Sie beschreibt den Weg zu einer überinstitutionellen Kooperationsvereinbarung zwischen der Jugendhilfe und den Institutionen der Sucht- und psychiatrischen Versorgung im Kreisgebiet.

Die letzten beiden Beiträge werfen einen Blick über den Tellerrand des Projektes: **Dr. Michael Hipp, Dirk Schatte und Birgit Altrogge** beschreiben Handlungsorientierungen und Elemente eines integrativ systemübergreifenden Konzepts zur Versorgung von Familien mit psychisch kranken Eltern, das seit 2006 im südlichen Kreisgebiet Mettmann entwickelt und umgesetzt wird.

**Prof. Dr. Klaus-Thomas Kronmüller (LWL-Klinikum Gütersloh) und Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann (LWL-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamm)** weisen abschließend darauf hin, dass Kinder psychisch kranker Eltern selbst ein erhöhtes Risiko tragen psychisch zu erkranken, und es deshalb sowohl für die Prävention als auch für eine angemessene Versorgung perspektivisch auch einer verbesserten Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedarf.

## Zur Ausgangslage: Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie als professionelle Herausforderung

Wenn Eltern psychisch erkranken, haben sowohl die Erwachsenen als auch die Kinder einen je eigenen Hilfebedarf, was im Idealfall ein abgestimmtes Vorgehen zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie notwendig macht. Welche Probleme und Hürden damit verbunden sind und welche Handlungsperspektiven sich daraus ableiten lassen, haben Schone/Wagenblass (2002)<sup>1</sup> im Rahmen eines Praxisforschungs- und Entwicklungsprojektes herausgearbeitet. Die Befunde dieses Projektes werden im Folgenden kurz skizziert. Ihre Aktualität wird in den unlängst veröffentlichten Ergebnissen des Rheinland-Pfälzischen Landesmodellprogramms „Kinder psychisch kranker Eltern – Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie“ (Schmutz 2010)<sup>2</sup> bestätigt.

**Zur quantitativen Dimension des Überschneidungsbereichs von Psychiatrie und Jugendhilfe** stellen – soweit nicht anders gekennzeichnet – die Autoren fest (vgl. Schone/Wagenblass 2002, S. 204ff.):

- Die Arbeit mit Familiensystemen, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, stellt weder für die Psychiatrie noch für die Jugendhilfe ein Randphänomen dar. Etwa jede/r fünfte akut erkrankte Patient/-in von psychiatrischen Krankenhäusern (stationär), Institutsambulanzen und Tageskliniken hat minderjährige Kinder (vgl. ebenso Schmutz 2010, S. 160). Aus Sicht der Jugendhilfe zeigt sich, dass mindestens jedes zehnte Kind in einer sozialpädagogischen Hilfe zur Erziehung einen (diagnostiziert) psychiatrisch erkrankten Elternteil hat. Schmutz (ebd.) stellt in den Jugendämtern in Rheinland-Pfalz im Jahr 2008 bei ungefähr einem Drittel der Familien eine Relevanz des Themas psychische Erkrankung oder Suchterkrankung fest.
- Das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ ist vor allem ein Frauenthema. Es geht überwiegend um „Kinder psychisch kranker Mütter“. Über zwei Drittel der in den befragten psychiatrischen Einrichtungen behandelten Patienten und Patientinnen mit Kindern sind Mütter. Bei den Familien, die Hilfen zur Erziehung durch die Jugendhilfe erhalten, ist die Zahl der psychisch erkrankten Mütter neunmal so hoch wie die der psychisch kranken Väter. Eine psychische Erkrankung der Mutter zieht somit extrem viel häufiger die Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung nach sich als eine Erkrankung des Vaters. Die Jugendhilfe reagiert damit eindeutig auf geschlechtsspezifische Familienrollen. Darüber hinaus sind es nach einer Trennung oder Scheidung der leiblichen Eltern nach wie vor zu meist die Mütter, die (als Alleinerziehende) die weitere Verantwortung für die Kinder übernehmen. Wenn sie ausfallen, ist die öffentliche Jugendhilfe gezwungen, unterstützend tätig zu werden.
- Psychisch kranke Eltern sind in einem überdurchschnittlich hohen Maße von Trennungserfahrungen und Beziehungsabbrüchen betroffen. Psychische Erkrankungen sind mit einem hohen Trennungsrisiko sowohl in Bezug auf die Partnerschaft als auch in Bezug auf die Eltern-Kind-Beziehung verbunden. Weniger als die Hälfte der Psychiatriepatientinnen und -patienten mit Kindern leben (noch) mit dem anderen Elternteil ihres Kindes zusammen. Jede/r dritte Psychiatriepatient/-patientin mit minderjährigen Kindern lebt nicht mehr mit seinen/ihren Kindern zusammen.

---

<sup>1</sup> Schone, Reinhold/Wagenblass, Sabine (2002): Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster, Fulda

<sup>2</sup> Schmutz, Elisabeth (2010): Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie – Eine Arbeitshilfe auf der Basis von Ergebnissen des gleichnamigen Landesmodellprojektes. Mainz

- Psychiatrische Erkrankungen sind häufig Erkrankungen über Generationen. Bei mindestens einem Fünftel der Kinder mit psychisch kranken Eltern ist auch ein Großelternanteil psychisch erkrankt. Der Generationenaspekt psychischer Erkrankungen verweist somit auf zusätzliche genetische und soziale Belastungen von Kindern mit erkrankten Eltern- und Großelternanteilen, die bislang ebenfalls noch zu wenig in der Arbeit mit diesen Familien berücksichtigt werden.

**Zur Lebenssituation und zu den Problemlagen der Kinder psychisch kranker Eltern** stellen die Autoren fest (vgl. Schone/Wagenblass 2002, S. 207ff.):

- Psychiatrische Erkrankungen von Eltern sind Familienkrankheiten mit erheblichen Folgen für die Kinder. Chronische, lang andauernde psychische Erkrankungen belasten die Familienbeziehungen erheblich. Neben konkreten Auswirkungen der Erkrankung auf die Beziehungsgestaltung, auf das Zusammenleben im Alltag und auf die Alltagsorganisation ist auch die Art der Krankheitsbewältigung durch das betroffene Elternteil und andere Erwachsene bedeutsam (wird die Krankheit akzeptiert oder geleugnet) (vgl. Lenz 2008)<sup>3</sup>. Darüber hinaus wird eine psychische Erkrankung auch die Beziehung zwischen den Eltern verändern. Aber auch alle anderen Beziehungen in der Familie sind von einer Erkrankung eines Familienmitgliedes betroffen.
- Das Leiden der Kinder an einer elterlichen psychischen Erkrankung beginnt schon vor der Diagnose. Dem Zugang eines erkrankten Elternteils zum psychiatrischen Versorgungsnetz geht in der Regel ein längerer Prozess der Erkrankung voraus. Zwischen der kindlichen Wahrnehmung der Symptome der Erkrankung („die Krankheit bekommt ein Gesicht“) und der ärztlichen Diagnose („die Krankheit bekommt einen Namen“) liegen oftmals Monate, zum Teil auch Jahre.
- Die Erkrankung eines Elternteils ist oft nur ein Element im Kontext einer durch komplexe Probleme belasteten familiären Gesamtsituation. Obwohl eine psychische Erkrankung stets ein krisenhaftes Ereignis für die Kinder darstellt, ist die psychische Erkrankung nicht immer *der* zentrale Belastungsfaktor für die betroffenen Kinder, vielmehr können auch andere familiäre Erfahrungen, wie sexueller Missbrauch oder Gewalt als primäre, die unmittelbaren Krankheitsfolgen überlagernde Belastungen erlebt werden. Die erfahrenen Belastungen für die betroffenen Kinder können somit direkt aus der Erkrankung, indirekt aus den Begleiterscheinungen der Erkrankung oder aus allgemeinen krankheitsunabhängigen Mängellagen der Familien resultieren.
- Kinder psychisch kranker Eltern sind keine homogene Gruppe, für die ein einheitlicher Unterstützungsbedarf formuliert werden kann. Kinder psychisch kranker Eltern sind eine Gruppe von Kindern, die aufgrund der elterlichen Erkrankung untereinander typische Gemeinsamkeiten, aber daneben eben auch – und das ist wichtig für die Bereitstellung von Hilfsangeboten – deutliche Unterschiede aufweisen. Kinder reagieren auf belastende Kindheitserfahrungen in unterschiedlicher Weise.

**Zu den intra- und interinstitutionellen Handlungs- und Kooperationsmustern von Psychiatrie und Jugendhilfe** halten Schone/Wagenblass (2002) u. a. fest (vgl. S. 209 ff.):

- In der Psychiatrie ist das Wissen um die Situation der Kinder und um sozialpädagogische Handlungsweisen gering. In der Jugendhilfe ist das Wissen um die Erkrankung der Eltern und um medizinische Handlungsweisen gering. Die Angebote von Jugendhilfe und Psychiatrie beziehen sich meist nur auf Teile des Systems Familien. Die Hilfsmöglichkeiten von Jugendhilfe und Psychiatrie sind oftmals zersplittert. Es gibt wenig Angebote, die psychiatrisches und sozialpädagogisches Wissen bündeln.
- Die Kooperation zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe erfolgt meist erst in der Krise. Es etabliert sich vielfach ein Teufelskreis, ein System der self-fulfilling-prophecy. Die Aufgabe des Jugendamtes zeichnet sich dadurch aus, dass es neben seiner vorrangigen und über-

---

<sup>3</sup> Lenz, Albert (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen, Bern, Wien, u.a.

wiegenden Verpflichtung zur Erbringung sozialpädagogischer Hilfeleistungen für Familien und junge Menschen auch zur Wahrnehmung des staatlichen Wächteramtes über das Kindeswohl verpflichtet ist. Für die erkrankten Eltern ist das Jugendamt aber – mit einseitigem Blick auf die zweite Aufgabe – nicht selten vorrangig eine Kontrollinstitution. Diese negativen Einstellungen und Ängste der Eltern, die bereits vor dem Zustandekommen von konkreten Erfahrungen mit der Jugendhilfe vorhanden sind, verhindern oft eine Inanspruchnahme von präventiven Angeboten. Die Familien versuchen, ohne Hilfe des Jugendamtes die familiären Problemlagen zu bewältigen. Das Jugendamt wird in der Regel nur bei Krisensituationen eingeschaltet. Geprägt durch ähnliche Sichtweisen wird auch auf Seiten psychiatrischer Fachkräfte eine Kontaktherstellung zum Jugendamt bzw. eine Meldung an das Jugendamt so lange wie möglich vermieden. Wenn dann ein Kontakt zum Jugendamt erfolgt (unvermeidlich ist), dann geht es aber meist schon um die Frage, ob das Kind noch in der Familie bleiben kann oder nicht. Kommt es dann aufgrund der zuge-spitzten Krise zu einer Herausnahme der Kinder, verfestigt und verstärkt sich das öffentliche Bild des Jugendamtes bei Eltern, aber auch bei den psychiatrischen Fachkräften als „Kinder-weg-nehm-Amt“, was wiederum für zukünftige Fälle einen präventiven Einbezug des Jugendamtes erschwert.

- Bei Kindern psychisch kranker Eltern reagiert die Jugendhilfe elternfixiert und polarisiert. Obwohl die Hilfen zur Erziehung ein breites Spektrum unterschiedlicher Unterstützungsleistungen bietet, werden entweder familiensystembezogene Angebote (sozialpädagogische Familienhilfe) gemacht oder aber die Kinder werden in Pflegefamilien und Heimen untergebracht. Die Eltern werden unterstützt oder (in ihrer Erziehungsfunktion) ersetzt. Explizit kind- und jugendlichenorientierte Begleit- und Unterstützungsangebote, wie sie das Kinder- und Jugendhilfegesetz auch vorsieht (Tagesgruppen, soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistand, sozialpädagogische Einzelbetreuung), werden dagegen bislang seltener realisiert.
- Es gibt eine „schleichende“ konzeptionelle Erweiterung von Erziehungshilfen im Hinblick auf psychische Erkrankungen von Eltern. Während noch vor zehn Jahren sehr viele Konzeptionen ambulanter Hilfen – hier speziell der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) – mit den Ausschlusskriterien „psychische Erkrankung“ und „Sucht von Eltern“ versehen waren, wird heute auf solche Ausschlusskriterien nahezu vollständig verzichtet. Die Gründe für diese einstmals vorgenommene Definition von Kontra-Indikationen (mangelnde Qualifizierung der Familienhelferinnen, mangelnde Angemessenheit der Konzeptionen, mangelnde Aussicht auf erfolgreiche Hilfe zur Selbsthilfe) sind allerdings gleichzeitig nicht entfallen. Einerseits werden in den letzten Jahren zahlreiche Fortbildungen, z. T. gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern des psychiatrischen Bereiches zum Themenkomplex „Kinder psychisch kranker Eltern“ durchgeführt, qualifizieren sich hier Fachkräfte insbesondere in den ambulanten Diensten der Jugendhilfe zu den damit verbundenen Fragestellungen. Mit der zunehmenden Sensibilisierung, der Öffnung für solche Fälle und den steigenden Fallzahlen treten andererseits Bedarfe in Bezug auf Qualifizierung (insbesondere Einschätzung von Krankheitsverläufen und Erziehungskompetenz), auf Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie im Fallverlauf sowie auf konzeptionelle Weiterentwicklung der Hilfen für Familien, in denen Eltern bzw. Elternteile psychisch erkrankt sind, noch deutlicher hervor (vgl. dazu Hartwig-Clasmeier/ Schmidt in diesem Band).
- Die Zeithorizonte und Arbeitsgeschwindigkeiten von Psychiatrie und Jugendhilfe sind unterschiedlich und stellen eine Herausforderung für produktive Kooperation dar. Die Ambulantisierung der psychiatrischen Hilfen hat dazu geführt, dass die Patientinnen und Patienten heutzutage wesentlich schneller einzelne Einrichtungen durchlaufen als es noch vor fünf Jahren der Fall war. In den stationären Psychiatrieangeboten handeln und entscheiden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter also unter einem enormen Zeitdruck, innerhalb kürzester Zeit müssen die Patientinnen und Patienten stabilisiert und ein Behandlungsplan erstellt werden. Zeit, sich Gedanken um die Kinder der Patientinnen und Patienten zu machen, bleibt hier in der Regel wenig. Mit der Konsequenz, dass über Hilfen für die Kinder erst dann nachgedacht wird, wenn eine Entlassung der/des Erkrankten in die

Familie ansteht. Schnelle, unbürokratische Hilfe ist in solchen Situationen gefragt. Die Entscheidung über eine entsprechende Hilfe für die betroffenen Kinder kann (will) die Jugendhilfe jedoch oftmals nicht ad hoc treffen. Nach ihren im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) verankerten Leitorientierungen sollen Hilfen im kollegialen Zusammenhang beraten, ganzheitlich gewährt und mit den betroffenen Familien ausgehandelt werden. Von der Beantragung einer Hilfe bis zu ihrer Realisierung kann deshalb einige Zeit vergehen. Besteht während des stationären Aufenthaltes in der Psychiatrie hoher Zeitdruck und kann die Jugendhilfe in diesem Zeitfenster oftmals nicht entsprechend kurzfristig Hilfen installieren, verkehrt sich der unterschiedliche Zeithorizont, wenn Eltern sich in teilstationärer oder ambulanter Behandlung befinden, was vor allem im vorliegenden Projekt in Halle deutlich wurde. In Bezug auf den Stabilisierungs- und Heilungsprozess mit Unterstützung durch teilstationäre und ambulante Maßnahmen (teilweise auch mit wiederholten stationären Behandlungen) denkt der psychiatrische Bereich in langen Zeiträumen von mehreren Jahren und z. T. auch dauerhaften, weil chronifizierten Verläufen. Die Jugendhilfe muss mit Blick auf die Entwicklung, Förderungs- und Versorgungsbedarfe von Kindern und Jugendlichen in Monaten planen und handeln. In sehr belasteten Lebenssituationen oder bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung verringert sich der Zeithorizont auf Tage und Wochen.

- Die Prozesse der psychiatrischen Diagnose und des sozialpädagogischen Fallverstehens, die der Realisierung von Handlungskonzepten beider Disziplinen vorausgehen, sind wenig vergleichbar und kaum kompatibel. Psychische Störungen werden auf Grundlage allgemein anerkannter Klassifikationssysteme – ICD 10 (Internationale Klassifikation von Störungen) – bestimmt. Die Klassifikation erfolgt dabei auf Grundlage klinischer Beschreibungen der auftretenden Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten. Diese werden gewichtet nach Häufigkeit, Dauer und Intensität und übernehmen im Ergebnis die Funktion allgemeiner diagnostischer Leitlinien. Ziel ist es, individuelle Störungsbilder in standardisierten Diagnoseschlüsseln zu fassen. Die Psychiatrie fokussiert die psychische Störung und will diese durch ihre Tätigkeit, wenn nicht beseitigen, so doch abschwächen. Die Sozialpädagogik orientiert sich am Einzelfall und seinen Besonderheiten. Sie versucht im Rahmen sozialpädagogischer Diagnostik bzw. sozialpädagogischen Fallverstehens, ein möglichst facettenreiches Bild der Person, seiner Biographie und seiner Lebenssituationen, seiner Probleme und Handlungsmuster sowie seiner Entwicklungsmöglichkeiten zu entwerfen. Sozialpädagogische Diagnostik muss über die Beschreibung von Mängellagen hinausgehen und wesentlich auch auf die Ressourcen und Fähigkeiten von Menschen fokussieren. Stehen in der Psychiatrie im Rahmen der Diagnose die psychische Störung der Patientin/ des Patienten im Fokus, erhalten in der Behandlung und Therapie die Lebenssituation, die Familie, das soziale Netzwerk und Ressourcen zunehmend an Bedeutung, womit sich für die Kooperation mit der Jugendhilfe konkrete Anknüpfungspunkte bieten.

## Handlungsperspektiven

Das Praxisentwicklungsprojekt von Schone/Wagenblass hat gezeigt, dass allein die Tatsache, dass sich die Fachkräfte der beiden Handlungssysteme bewusster mit dem Thema auseinandersetzen, also in der Psychiatrie verstärkt auf die konkrete Lebenssituation von Kindern der Patientinnen und Patienten geachtet wird und in der Jugendhilfe ein besseres Verständnis für die Handlungsweisen psychiatrischer Einrichtungen und Dienste entwickelt wird, potentiell die Lage der Kinder und Jugendlichen verbessert. Wichtig waren in diesem Zusammenhang die Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses und die gemeinsame Diskussion von Handlungsstrategien.

Im Folgenden sollen die zentralen Handlungsempfehlungen, die sich aus diesen Diskussionen erschließen lassen, ebenfalls in Thesenform kurz skizziert werden (vgl. Schone/Wagenblass 2002, S. 217ff.):

- **Jugendhilfe braucht den Rückgriff auf psychiatrische Kompetenz bei der Realisierung von Hilfen (zur Erziehung) für Kinder psychisch kranker Eltern (Supervision, Fallberatung, Fortbildung).** Das psychotische, depressive oder manische Verhalten von psychisch Erkrankten ist insbesondere in Akutphasen für die Fachkräfte nicht immer nach-

vollziehbar und einschätzbar. Die Fachkräfte benötigen daher ein besseres fachliches Verständnis und eine größere methodische Sicherheit, welche es ihnen ermöglicht, die oft verwirrenden Verhaltensweisen, wie Wahnvorstellungen, emotionalen Überreaktionen oder extreme Stimmungsschwankungen (Aggressivität oder Passivität) kranker Eltern angemessener verstehen und einschätzen und diesen ggf. besser begegnen zu können. Für eine bedarfsgerechte, den subjektiven (Er)Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen entsprechende Hilfeplanung ist dieses Wissen als elementarer Teil des Fallverstehens unverzichtbar. Insbesondere dann, wenn es um Einschätzungen in Bezug auf die Kinder bzw. um deren Gefährdung geht, sind solche Grundkenntnisse notwendig. Es geht dabei nicht um eine Psychiatrisierung der Jugendhilfe, sondern darum die Unsicherheiten sozialpädagogischer Fachkräfte der Jugendhilfe in Bezug auf psychische Erkrankungen von Eltern zu reduzieren. Darüber hinaus soll der Einbezug psychiatrischer Fachkräfte in Fallbesprechungen der Jugendhilfe aber auch eine Sensibilität für die Grenzen der eigenen pädagogischen Kompetenzen und Belastbarkeiten erzeugen. Insofern wäre es sinnvoll punktuell psychiatrisches Fachwissen in die Jugendhilfe zu integrieren, indem man z. B. regelmäßige multiprofessionelle Teambesprechungen einrichtet, an denen eine psychiatrische Fachkraft (Mitarbeiterin oder Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder einer anderen psychiatrischen Einrichtung, niedergelassene/r Nervenärztin bzw. Nervenarzt, usw.) teilnimmt. In diesen Beratungen können dann Einzelfälle einer multidisziplinären Sichtweise zugänglich gemacht werden.

- **Psychiatrie braucht geschärfte Wahrnehmungsraster für die besondere Situation von Eltern und für die Belange ihrer Kinder.** Die Kinder und damit die Patientinnen und Patienten in ihrer Elternrolle werden in der Psychiatrie bislang noch zu wenig wahrgenommen. Dies ist für einen Gesundungsprozess insofern behindernd, als die Nichterfüllung der Elternrolle, Ängste um die Kinder oder Trennungserfahrungen von den Kindern zu zusätzlichen psychosozialen Belastungen der Erkrankten und damit zu einer Verzögerung des Gesundungsprozesses führen können. Im Sinne ihres präventiven sozialpsychiatrischen Auftrages sind auch die Belange der Kinder verstärkt in der Alltagsarbeit der Erwachsenenpsychiatrie zu berücksichtigen. Der Erwachsenenpsychiatrie ist über ihre Patientinnen und Patienten ein früher und unverfänglicher Zugang zu den Kindern möglich. Die Jugendhilfe kommt, wie bereits geschildert, oftmals erst dann in die Familien, wenn sich die Krisensituationen zuspitzen und die Frage auftritt, ob die Kinder noch in der Familie bleiben können. Solche Situationen, die alle Familienmitglieder belasten, könnten durch frühzeitige Wahrnehmung familialer Konflikte und durch präventive Hilfen – auch und gerade in Kooperation mit der Jugendhilfe – zum Teil entschärft werden.
- **Jugendhilfe und Psychiatrie müssen fallübergreifend ein Kooperationsmuster entwickeln, um Probleme der Ungleichzeitigkeit und der unterschiedlichen Geschwindigkeit ihrer Handlungsprozesse besser handhaben zu können.** Bei der Versorgung von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern stehen Psychiatrie und Jugendhilfe vor gemeinsamen Herausforderungen. Diese können nur in kooperativen Formen der Zusammenarbeit für beide Seiten zufriedenstellend bewältigt werden. Funktionierende Kooperationsbeziehungen sind gegenwärtig noch zu sehr vom Engagement einzelner Personen abhängig. Dauerhafte Kooperation braucht verlässliche fallunabhängige Strukturen, die einen Rahmen für gemeinsame Fallgespräche bieten, wenn die einzelnen Disziplinen an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit geraten sind.
- **Fachkräfte aus Jugendhilfe und Psychiatrie brauchen gemeinsame Fort- und Weiterbildungen.** Neben den handlungsfeldspezifischen Fort- und Weiterbildungen für Psychiatrie und Jugendhilfe fördern gemeinsame Fortbildungen und Fachveranstaltungen ein besseres Verständnis für die jeweils andere Sichtweise. Wenn die institutionellen Logiken, die unterschiedlichen Aufträge und die Hilfsangebote des jeweiligen anderen Hilfesystems bekannt sind, dann können deren Reaktionsweisen besser nachvollzogen und auch besser in eigene Hilfeüberlegungen integriert werden.

- **Erziehungshilfen (ambulante und stationäre) müssen sich zunehmend mit der Frage auseinandersetzen, welche Bewältigungs- und Verarbeitungsangebote sie Kindern und Jugendlichen machen wollen und können, deren Eltern psychisch erkrankt sind.** Vollzeitpflege und Heimerziehung bedeuten die Trennung eines Kindes von seiner bisherigen familiären Umwelt. Die biografischen Erfahrungen im Zuge einer elterlichen psychischen Erkrankung und die daraus resultierenden Probleme lösen sich mit der Herausnahme der Kinder aus den Familien jedoch nicht einfach auf. Im Gegenteil, Loyalitätskonflikte und Schuldgefühle können sich verstärken, insbesondere wenn die Trennung abrupt in einer psychischen Krise stattfindet. Die Kinder glauben dann, dass sie ihre Eltern ‚im Stich gelassen‘ hätten. Über diese Ängste und Sorgen sprechen sie in der Regel nicht, da die gelernte Strategie der Tabuisierung und Geheimhaltung der elterlichen Erkrankung auch in den Einrichtungen der Erziehungshilfen weiterhin aufrecht erhalten wird. In den Einrichtungen müssen deshalb die Trennungserfahrungen der Kinder, ihre Ängste und Schuldgefühle sowie die Tabuisierung psychischer Erkrankungen zum Thema werden. Auch für ambulante Hilfen gilt, dass spezifische Bewältigungs- und Verarbeitungsangebote für Kinder und Jugendliche (z. B. Gruppenangebote) entwickelt werden müssen. Eine „nur“ auf die Familie als Gesamtsystem gerichtete Hilfe verliert die Kinder und Jugendlichen und die speziell von ihnen zu bewältigenden Konfliktlagen zu schnell aus dem Blick.
- **Der gemeinsame Präventionsauftrag für Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Jugendhilfe erfordert eine gemeinsame Konzeptionalisierung von Angeboten.** Bei Präventionsangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern verstanden als vorbeugendes Eingreifen vor der Herausbildung eigener psychischer Störungen oder anderen Auffälligkeiten überschneiden sich die Aufgabenbereiche von Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Im Zuge von Sparmaßnahmen in der Sozial- und Gesundheitspolitik versuchen die einzelnen Kostenträger im Präventionsbereich Mittel einzusparen, indem sie die Verantwortlichkeiten den anderen Institutionen zuschieben oder aber sie den Selbsthilfekräften der Betroffenen zuschreiben – was gleichbedeutend mit dem Verzicht auf institutionelle Hilfe ist. Die Konsequenz ist, dass sich jedes Handlungssystem soweit wie möglich aus dieser Aufgabe zurückzieht und sich letztendlich keiner für diese Zielgruppe zuständig sieht. Der Effekt ist, dass die betroffenen Kinder noch allzu oft durch die Netze der Hilfesysteme fallen. Zuständigkeiten müssen deshalb rechtzeitig geklärt und auch Absprachen mit den Kostenträgern bezüglich einer möglichen Mischfinanzierung der Angebote getroffen werden.

Auch in den Handlungsempfehlungen zum o. g. Rheinland-Pfälzischen Landesmodellprogramm wird der Aufbau von gelingenden Kooperationsstrukturen als zentral benannt und sowohl auf der Fallebene z. B. gemeinsame Fallberatung oder Fallrekonstruktionen) als auch fallübergreifend (z. B. gemeinsame Fachtage oder Fortbildungen) verortet (vgl. Schmutz 2010).

## **Der Weg ist das Ziel: Kooperationsanforderungen und Kooperationsangebote der Jugendhilfe**

### **Ausgangspunkt – Wie können wir die Angebote der ambulanten Hilfen zur Erziehung verbessern?**

„Was lässt Hilfen in Familien scheitern?“, „Wo kommen die Angebote der ambulanten Erziehungshilfen an ihre Grenzen?“ – dies waren Fragestellungen, die im November 2007 bei einem Treffen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Regionalstelle Nord im Kreis Gütersloh und der Ambulanten Erziehungshilfen der Diakonie Halle besprochen wurden. Anlass dieser Diskussion waren konkrete Erfahrungen in der Praxis wie

- der erneute Zusammenbruch von Familien, in denen Elternteile psychisch erkrankt waren, nach der Beendigung einer ambulanten Erziehungshilfe oder
- die Arbeit in Familien mit Elternteilen mit einer psychiatrischen Diagnose wie „Borderline-Persönlichkeitsstörung“

Im Ergebnis wurde festgestellt, dass spezifische Angebote fehlen und es kaum Kontakte zwischen dem Jugendhilfebereich und dem Gesundheitsbereich gab. Hilfestellungen der Jugendhilfe können allein nicht für ausreichende Stabilisierung in bestimmten Familiensystemen sorgen.

Um zu einer verbesserten Zusammenarbeit zu kommen bräuchte es:

1. Veränderungen bei den Rahmenbedingungen: Ambulante Unterstützungsangebote durch erzieherische Hilfen sollen als stabilisierende Begleitung über längere Zeiträume möglich sein.
2. Verbreiterung der fachlichen Arbeitsgrundlagen: Fachkompetenzen aus dem Bereich der psychiatrischen Versorgung Erwachsener sollen die fachlichen Standards der Erziehungshilfen ergänzen. Die Zusammenarbeit der Institutionen der Jugendhilfe und der psychiatrischen Versorgung für Erwachsene muss intensiver werden.

Der praktische Nutzen fachlicher Entwicklungen sollte in der alltäglichen Arbeit für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bezirkssozialdienstes und der Ambulanten Erziehungshilfen spürbar und erkennbar sein. Dafür steht unser Schlagwort: „Aus der Praxis für die Praxis“.

Überraschenderweise mussten wir feststellen, dass es zu diesen fachlichen Anforderungen keine Erfahrungen andernorts gab, und wir für unseren Bedarf ein eigenes Konzept entwickeln mussten.

### **Streckenplanung – Konzept und Projektentwicklung**

Bei der Konzeptentwicklung ließen wir uns von der Situation in den durch die Jugendhilfe unterstützten Familiensystemen leiten: Kernaufgabe der Jugendhilfe ist die Sicherstellung und/oder Verbesserung der Situation der Kinder in Familiensystemen. Für die Stabilität der Familiensysteme sind oftmals auch Unterstützungen aus anderen Hilfebereichen notwendig. Maßgebliche Rollen spielen die materiellen Hilfen und der Gesundheitsbereich mit dem Schwerpunkt der psychischen Gesundheit. Eine Bündelung der verschiedenen Unterstützungsleistungen in einer Hand ist unter den bestehenden rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen nicht möglich. Daher bekam für uns das Ziel der „Synchronisation der Hilfeansätze“ eine wegweisende Bedeutung. Um die getrennt voneinander agierenden Helfer näher zusammen zu führen, schienen uns die interdisziplinäre Fallarbeit und die interdisziplinäre Weiterbildung geeignet. Entsprechend des Leitgedankens „Aus der Praxis für die Praxis“ erhofften wir uns, dass das direkte Zusammenwirken in Fallkonferenzen oder Weiterbildungsveranstaltungen die praktische Arbeit in den parallel betreuten Familien verändert. Wichtiger

Faktor ist hierfür die regionale Verortung der Hilfen, da die konzeptionellen Überlegungen auf einen gemeinsamen fachlichen Entwicklungsprozess ausgerichtet sind.

Bei der Projektentwicklung sollten die realen Bedingungen vor Ort einbezogen werden. Besondere Projektmittel standen nicht zur Verfügung, so dass alle Projektaufgaben im Rahmen der Regelangebote bewegt werden mussten. Da der wesentlichste Entwicklungsbereich in einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Institutionen der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe gesehen wurde, lag hier der Projektschwerpunkt.

Als Projektziele wurden erarbeitet:

- Mit Hilfe des neuen Betreuungsangebots können Familien mit psychischen Erkrankungen ihren Kindern gesicherte Entwicklungsmöglichkeiten bieten.
- Die Konzeptentwicklung des zukünftigen vernetzten Betreuungsangebots soll anhand konkreter Praxis erfolgen. Hierfür soll das Instrument der interdisziplinären Fallkonferenz eingeführt werden.

Die Fallkonferenz wurde multiprofessionell und multiinstitutionell geplant und umgesetzt. Sie besteht bis heute aus ständigen Mitgliedern, die in den Arbeitsfeldern öffentliche und freie Jugendhilfe, kommunaler Gesundheitsdienst, psychiatrische Tagesklinik und ambulante psychiatrische Wohnbetreuung tätig sind und ärztliche, psychotherapeutische, medizinisch-pflegerische und sozialpädagogische/-arbeiterische berufliche Kompetenzen einbringen. An den Sitzungen haben unterstützend auch Fachreferentinnen und -referenten des LWL-Landesjugend-amtes und die Vertreter und Vertreterinnen der wissenschaftlichen Begleitung von der Fachhochschule Münster teilgenommen. Eingbracht werden können Fälle von Fachkräften aus der Jugendhilfe und/oder der Erwachsenenpsychiatrie. Voraussetzung ist, dass es eine Fragestellung gibt, die sowohl die Arbeit der Jugendhilfe als auch die Arbeit der Erwachsenenpsychiatrie betrifft bzw. betreffen könnte. An der Fallkonferenz sollen alle praktisch involvierten Helfer teilnehmen.

Ziele der Fallkonferenz sind:

- Gemeinsames Fallverstehen der Helferinnen und Helfer,
- Entwicklung eines abgestimmten Handlungskonzeptes für den Einzelfall,
- evtl. Leistungsentscheidung (Empfehlungscharakter),
- Festlegung der Verantwortlichkeiten,
- Verarbeitung der Praxiserfahrungen für die weitere Konzeptentwicklung.

### **Gepäck – Warum und wozu kooperieren?**

Die Notwendigkeit zu verstärkter Kooperation trat, wie schon genannt, in der Jugendhilfe zutage. Wir stellten folgende Bedarfe fest:

#### **1. Fachkompetenz aus dem Arbeitsfeld der Psychiatrie fehlt in der Jugendhilfe.**

In immer mehr Familien, die durch die Jugendhilfe betreut werden, wird eine psychische Störung bei den Eltern bzw. einem Elternteil bekannt. Die Einordnung dieser Kenntnis in die konkrete Hilfe ist oftmals schwierig. Mehr Wissen z. B. über Krankheitsverläufe ist für die Umsetzung erzieherischer Hilfen in diesen Familiensystemen notwendig.

#### **2. Insbesondere bei einer Einschätzung zur Kindeswohlgefährdung braucht die Jugendhilfe fachliche Unterstützung durch die Erwachsenenpsychiatrie.**

Bei Unsicherheiten, ob psychisch belastete/kranke Eltern das Kindeswohl ausreichend sicher stellen, ob sie erziehungsfähig sind, ob eine Inobhutnahme notwendig ist etc., ist eine Einschätzung der psychischen Stabilität der Eltern wesentlich. Da die Einschätzung der psychischen Stabilität nur durch Fachärztinnen und -ärzte erfolgen kann, ist Jugendhilfe auf fachkompetente Unterstützung angewiesen.

Die genannten Aspekte verdeutlichen die Kooperationsnotwendigkeit von Seiten der Jugendhilfe in Richtung der Erwachsenenpsychiatrie. Ein Bedarf an Kooperation mit der Jugendhilfe auf Seiten der Psychiatrie ergibt sich eher aus der Einsicht, dass sich die Patientinnen und Patienten sich besser erholen und stabilisieren, wenn sie sich keine Sorgen um ihre Kinder

machen müssen. In jedem Fall ergibt sich ein Bedarf zur verbesserten Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie aus den Schwierigkeiten im Rahmen der Zusammenarbeit in Familien:

**3. Zusammenarbeit scheitert häufig an unterschiedlichen Erwartungen.**

Aus Unzufriedenheiten rühren oftmals langlebige negative Vorurteile. Klarheit darüber, was man vom jeweils Anderen bekommen kann, erleichtert die Einbeziehung der Möglichkeiten des anderen Hilfesystems in die eigenen Planungen und Entscheidungen.

**4. Unkenntnis über Arbeitsauftrag, Struktur und Arbeitsabläufe erschwert die Zusammenarbeit.**

Die Unterschiede zwischen dem Gesundheitsbereich und der Jugendhilfe sind enorm. Ohne ein Mindestmaß an Wissen über die inhaltlichen und strukturellen Arbeitsbedingungen des jeweils anderen Handlungssystems sind Missverständnisse und Enttäuschungen vorprogrammiert.

**5. Parteilichkeit für die eigene Zielgruppe engt die Möglichkeiten in der Zusammenarbeit ein.**

Jugendhilfe ist dem Wohl der Kinder verpflichtet, und ist dafür zentral auf die Mitwirkung der Eltern angewiesen. Dies macht oftmals einen schwierigen Balanceakt notwendig. Im Bereich der Psychiatrie stellt andererseits das Vertrauensverhältnis zur Patientin/zum Patienten die wichtigste Basis der Hilfe dar. Dieses kann höher eingeschätzt werden als Mängel im Umgang der Patientin/des Patienten mit den Kindern. Im institutionellen Kontext kann man von einem Zielkonflikt ausgehen.

Die Verringerung der zumeist institutionell begründeten Kooperationsschwierigkeiten ermöglicht die Entwicklung umfassenderer Hilfeangebote und wirkt sich dadurch zum Vorteil für die Hilfesuchenden aus. Verbesserte Kooperation verbessert aber nicht nur das Hilfeangebot für die Familiensysteme. Im Rahmen einer guten Zusammenarbeit wird auch die Belastung durch schwierige Familiensysteme für die dort tätigen Fachkräfte verringert.

### **Reisegruppe – Wer kooperiert mit wem?**

Kooperation kann, soll und muss auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden. Im Kreis Gütersloh wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen den örtlichen Jugendämtern, der LWL-Klinik Gütersloh und den Trägern der freien Jugendhilfe unterzeichnet (vgl. dazu den Beitrag von Doris Schlüter). Diese institutionelle Kooperation ist eine gute Grundlage, in der Praxis muss sie allerdings mit Leben gefüllt werden.

Im Rahmen unseres Projektes liegt der Schwerpunkt auf der fachbezogenen Kooperation der handelnden Akteure, die aus der Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie in einer Familie tätig sind. Unsere Vorstellung war und ist es, dass sich auf dem Hintergrund der interdisziplinären Zusammenarbeit in konkreten Einzelfällen wirksame Kooperationsnetzwerke entwickeln lassen.

Der bisherige Projektverlauf bestätigt genau das. Die regelmäßige Zusammenarbeit der ständigen Mitglieder der Fallkonferenz hat zu einer Veränderung in der Zusammenarbeit zwischen den örtlichen Diensten der Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie geführt. Beispielweise wird ein Vertreter der Jugendhilfe zu Informationsgesprächen in die psychiatrische Tagesklinik eingeladen, oder es werden durch Mitarbeiterinnen der psychiatrischen Tagesklinik Kontakte in den stationären Bereich der Psychiatrie vorbereitet.

Machen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter positive Kooperationserfahrungen, bringen sie diese in ihre spezifischen Arbeitsstrukturen ein und wirken als Multiplikatoren. Neben der interdisziplinären Fallarbeit steht konzeptuell die interdisziplinäre Weiterbildung. Wir haben hierzu zwei regionale Fachtage zu Unterstützungsmöglichkeiten von Familien mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen) durchgeführt. Neben Fachvorträgen stellte der Austausch der Tagungsteilnehmerinnen und -teilnehmer einen wichtigen Baustein dar. Ganz konkret konnte gefragt werden „Was macht ihr eigentlich wenn...?“. Es entstanden erste Elemente einer gemeinsamen fachlichen Basis zwischen der Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie.

## **Reiseziel – Wem nützt Kooperation?**

Der Nutzen von fachlichen Entwicklungen muss immer auch an ihren Auswirkungen für die Klientel oder für die (Kosten-)Träger gemessen werden. In unserem Projekt standen die Zusammenarbeit der Fachkräfte mit Mitgliedern der Familiensysteme oder die Kosten von Hilfen nicht im Zentrum, trotzdem nehmen wir an, dass die Bemühungen im Aufbau und Qualifizierung von Kooperation mittelbar auch hier positive Auswirkungen haben.

Viel unmittelbarer spüren die in den Arbeitsbereich Tätigen die Konsequenzen von intensiverer Zusammenarbeit. Die Vorstellung eines Falles in der Fallkonferenz erfordert Aufwand: Es muss eine Vorlage erstellt werden, die mit im Familiensystem tätigen Fachkräfte müssen angesprochen werden, die Fallvorstellung selber nimmt 1,5 Stunden in Anspruch. Hinzu kommt evtl. das Gefühl der Unsicherheit, wie werden die Fachleute in der Fallkonferenz den Fall beleuchten, habe ich etwas übersehen, usw. Dieser Aufwand muss sich lohnen.

Vorteile für die Klientel ergeben sich dadurch, dass Hilfeangebote zum einen umfassender sind. Es können die Möglichkeiten der Kooperationspartner in die Hilfeplanung einbezogen werden. Zum anderen wirkt sich die Kooperation mittelbar in der Form aus, dass die Hilfen in den Familiensystemen abgestimmter und abgesicherter sind und weniger aneinander vorbei gearbeitet wird. Die Hilfen können somit effektiver und effizienter sein.

Von großer Bedeutung für die Fachkräfte in der Fallarbeit ist der Gewinn, den sie aus einer Kooperation ziehen können. Zum Beispiel können sich Handlungsalternativen für die Helfer entwickeln, es entsteht Entlastung durch Austausch und fachkompetente Situationseinschätzung oder durch klare Aufgabenverteilung verringert sich das Gefühl der übermäßigen Verantwortung.

Durch die regionale Zuständigkeit entstehen Arbeitsbeziehungen zwischen Fachkräften aus verschiedenen Arbeitsfeldern, was dazu führen kann, das ursprünglich im Arbeitsfeld nicht vorhandene Fachkompetenzen in die Arbeit einfließen.

Diese Vorteile ergänzen sich in lebendigen Kooperationsbeziehungen auch durch den „persönlichen“ Gewinn. In gewisser Hinsicht betritt man jedes Mal wieder Neuland, wenn man unterschiedliche Hilfeansätze miteinander verbindet. Die Chance der Überwindung von fachlichen Grenzen, der Reiz des Experiments, die Lust auf Unbekanntes wirkt sich motivierend aus. Dies gilt natürlich am stärksten für die Personen, die kontinuierlich an dem Projekt beteiligt sind. Aber auch wenn man als punktuell beteiligte Fachkraft mit den Kooperationsbemühungen zu tun hat, müssen diese gewollt sein. Voraussetzung für die Bereitschaft zur Zusammenarbeit ist, dass die notwendigen zeitlichen Ressourcen zur Verfügung stehen und dass man im eigenen Dienst Unterstützung erfährt.

## **Aussichtspunkt – Blick zurück/nach vorn**

Die zweijährige Zusammenarbeit in unserem Projekt haben einige Erfahrungen mit sich gebracht. Am auffälligsten ist die Selbstverständlichkeit, mit der die Zusammenarbeit mittlerweile geschieht. Die persönlichen Kontakte untereinander ermöglichen, über die Zusammenarbeit in den Projektgremien hinaus, einen einfachen Zugang bei speziellen Fragen, allgemeinem Informationsbedarf etc.. Fachliche Entwicklungen an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie sowie zur Arbeitsförderung wurden ebenfalls kooperativ bearbeitet. Der Kooperationsgedanke als solcher hat eine hohe Bedeutung.

Aber auch ganz praktische Ergebnisse wie passgenauere Hilfearrangements, Entlastung in schwierigen Betreuungssituationen und die Entwicklung realistischerer Ziele inklusive deren Umsetzung konnten durch die Kooperation erreicht werden.

Licht und Schatten gehören zusammen, und so ist auch in unserem Projekt bislang nicht alles gelungen. Eine dauerhafte Herausforderung ist der Erhalt, die Pflege und der Ausbau von Kooperationsstrukturen, da sich die Vorstellung als unrealistisch herausgestellt hat, dass sie – zumindest so schnell – zu einem Selbstläufer werden. Auch gelang es nicht in allen Fällen eine weiterführende Perspektive zu entwickeln, was im Einzelfall enttäuschend wirkt. Unsere Fallkonferenz kann, nach vorne geschaut, eine Veränderung in Richtung flexibler und kleiner

gebrauchen. Bisher vor uns her geschobene Themen wie Umgang mit Datenschutz und Einbeziehung unserer Kundinnen und Kunden müssen eine Antwort finden. Und ganz sicher werden verschiedene Fragestellungen auftauchen, die wir heute noch gar nicht erkennen können. Arbeit in Kooperationsbezügen ist weder ohne Aufwand zu leisten noch frei von Enttäuschungen. Aber sie birgt nach unseren bisherigen Erfahrungen eine große Chance für alle, die in sie involviert sind, die fachlichen Möglichkeiten zu erweitern und neue Erfahrungen in die alltägliche Arbeit einzubringen.

Wenn auch die wissenschaftliche Evaluation unserer bisherigen Projektziele und -strukturen zu Ende geht, setzen wir unser „Projekt“ zur Entwicklung und Qualifizierung der regionalen Kooperation – insbesondere zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie – weiter fort.

### **Der Weg ist das Ziel – Die nächste Etappe**

Aufgrund der Projektunterstützung durch das LWL-Landesjugendamt Westfalen und die wissenschaftliche Evaluation hatten und haben wir die Möglichkeit, unser bisheriges Tun intensiv zu hinterfragen und dadurch gezielt Veränderungen angehen zu können. Wesentlicher Veränderungsbedarf liegt, wie der folgende Evaluationsbericht zeigt (vgl. Kriener/Schone in diesem Band), in einer Veränderung der Fallkonferenz. Dabei sollten aber die Vorteile der bisherigen Praxis nicht verloren gehen, als da wären:

- Die Fachkompetenz aus den verschiedenen Bereichen ist direkt beteiligt.
- Wege in die Hilfen der beteiligten Hilfesysteme können (zeitnah) geebnet werden.
- Die ständigen Mitglieder der Fallkonferenz werden zu Multiplikatoren in ihren Einrichtungen, da sie immenses Wissen aus den anderen Hilfesystemen ansammeln.
- Es entsteht, erst mal auf der Ebene der ständigen Mitglieder der Fallkonferenz, ein beständiges fallunabhängiges Netzwerk.

Da der größte Gewinn der Fallkonferenz bisher in der Weiterentwicklung der Zusammenarbeit und weniger auf der Ebene der Fallarbeit zu finden ist, sollen diese positiven Effekte zukünftig in einem veränderten Rahmen weiter entwickelt werden.

### **Von der Fallkonferenz zur Fachkonferenz**

In der zukünftigen Fachkonferenz wird es weiterhin Fachkräfte als ständige Mitglieder geben, die in den verschiedenen Arbeitsfeldern maßgebliche Fachverantwortung tragen. Dadurch wird einerseits, bei besonderen Fallkonstellationen, ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz nutzbar sein. Andererseits bleibt die fachliche Praxis aber die Grundlage für strukturelle Planungen und methodische Entwicklungen, da die ständigen Mitglieder der Fachkonferenz auch weiterhin die Weiterentwicklung der örtlichen Struktur als ihre Aufgabe ansehen. Auch bleibt die Fachkonferenz als lebendiger Austausch- und Lernort erhalten, was für die zukünftige Tätigkeit als Mentorinnen und Mentoren (s. u. Interdisziplinäre Fallberatung) notwendig ist. Es erscheint uns derzeit sinnvoll Fachkonferenzen zweimal im Jahr stattfinden zu lassen, was bei jeweils zwei zu beratenden Fällen bei weitem nicht den Bedarf an kooperativer Fallarbeit abdecken kann.

### **Von der Fallkonferenz zur Interdisziplinären Fallberatung**

Die Fallkonferenz hat, wie ausführlich beschrieben, auf der Handlungsebene bisher begrenzte Effekte erzielt. Um diese auszubauen wollen wir mit der Interdisziplinären Fallberatung eine alltagsnähere Form der kooperativen Fallarbeit entwickeln. Die Interdisziplinäre Fallberatung soll nicht in einem regelmäßigen Turnus abgehalten werden, sondern soll sich bedarfsorientiert zusammenfinden. Wiederum sollen möglichst alle im Fall tätigen Fachkräfte aus den verschiedenen Hilfesystemen anwesend sein. Zur Sicherstellung, dass die bisher schon erarbeiteten Möglichkeiten auch genutzt werden, nehmen zwei der ständigen Mitglieder der Fachkonferenz als Mentoren an der Interdisziplinären Fallberatung teil.

Die Struktur der Interdisziplinären Fallberatung kann sich an dem schon genutzten Modell der kollegialen Beratung orientieren, sollte aber wesentlich von den Fragestellungen der anwesenden Fachkräfte geleitet werden. Es soll eine konkrete Fragestellung zur Arbeit in der Fa-

milie jeweils aus Sicht der Jugendhilfe und aus dem Bereich der Psychiatrie benannt werden. Damit können die unterschiedlichen Aufträge und Zieldifferenzen deutlich werden. Auch sollte möglichst eine konkrete Fragestellung zur Kooperation gestellt werden.

Gegliedert werden soll die Interdisziplinäre Fallberatung durch ein strukturierendes Protokoll, das die Fragestellungen, Einschätzungen und Ergebnisse dokumentiert.

Ziel der Interdisziplinären Fallberatung ist neben dem gemeinsamen Fallverstehen die Abstimmung des zukünftigen Handelns.

### **Vom Projekt zur Normalität**

Das Projekt „Aufbau von Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“ fand viel Unterstützung durch die „Wegbegleiter“ des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe und der Fachhochschule Münster. Im Rahmen dieser Begleitung konnten aus Ideen Handlungen werden. Aber, wie schon beschrieben, handelt es sich bei uns nicht um ein zeitlich begrenztes Projekt, sondern eher um eine kontinuierliche Entwicklung von veränderter Praxis. Es erscheint uns notwendig, diese veränderte Praxis stärker in die normale Struktur der Jugendhilfe und der Psychiatrie einzubinden. Hierzu wollen wir ein Gremium entwickeln, in dem die regionalen Institutionen und Einrichtungen die begonnenen Kooperationsstrukturen weiterführen und vertiefen. Diese Überlegungen stehen allerdings noch ganz am Anfang und werden sich erst in geraumer Zeit in konkrete Handlungsschritte umsetzen lassen.

### **Etappenziele**

Was soll am Ende der jetzt anstehenden Etappe erreicht sein? Vieles von dem, was wir in den nächsten Jahren an Erfahrungen miteinander machen werden, ist zurzeit noch nicht zu erkennen. Benannt haben wir erst mal folgende Ziele:

- Die interdisziplinäre Bearbeitung von Fällen an der Schnittstelle Psychiatrie/Jugendhilfe soll (noch) selbstverständlicher sein.
- Die differenzierten Leistungen der beiden Systeme z. B. in ihren ambulanten, stationären und teilstationären Angeboten, werden in den Hilfeplanungen berücksichtigt.
- Es gibt eine Struktur der Zusammenarbeit unabhängig von der jeweiligen Fallarbeit.

Es geht also auch weiterhin darum, sich besser kennen zu lernen und besser voneinander zu partizipieren. Es geht auch weiter darum eine Struktur zu entwickeln, die dafür sorgt, dass Zusammenarbeit nicht zufällig entsteht bzw. nicht entsteht. Und es geht weiter darum, aus den Erfahrungen, aus dem was besser funktioniert und aus dem was schief läuft, zu lernen. Allerdings wissen wir heute schon eins: Auch am Ende der kommenden Etappe liegt ganz sicher wieder der Anfang der nächsten. So bleibt der Weg das Ziel.

# „Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“ im Kreis Gütersloh: Bericht der wissenschaftlichen Evaluation

## 1. Ausgangslage und Projektidee

Die Ausgangslage des Projektes und damit der wissenschaftlichen Begleitung wird in der Ausschreibung des LWL-Landesjugendamtes Westfalen kompakt skizziert:

„Psychische Erkrankungen eines oder beider Elternteile stellen für die gesunde psychische Entwicklung eines Kindes ein erhebliches Risiko dar. Das Risiko von Kindern depressiver Eltern, eine affektive Störung zu entwickeln, ist um das 1,75fache höher als bei Kindern mit gesunden Eltern. Bei Eltern mit Angststörungen liegt das Risiko sogar um das Siebenfache höher. 1/3 aller Kinder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben mindestens einen psychisch erkrankten Elternteil.

Derzeit sind die Fachkräfte der SPFH und des ASD oftmals überfordert, aufgrund der psychischen Erkrankung eines Elternteils die Leistungsfähigkeit der Eltern in Bezug auf die Versorgung, Betreuung, Beziehungsgestaltung und Erziehung ihrer Kinder richtig einschätzen zu können. Es bestehen Unsicherheiten, ob diese Familien mit den bestehenden Jugendhilfeangeboten ausreichend und kindgerecht versorgt werden. Aus Sorge, die Entwicklungsbedingungen und die Sicherheit in diesen Familien nicht richtig beurteilen zu können, wird nicht selten eine Unterbringung der Kinder außerhalb ihrer Herkunftsfamilie veranlasst. (...) Auf dem Hintergrund dieser Erkenntnis wird als notwendig betrachtet, dass die Bereiche Jugendhilfe und Gesundheitshilfe miteinander neue Kooperationswege und -strukturen entwickeln und deren Praxistauglichkeit überprüfen. (...)

Ein Ziel des Projektes ist die Entwicklung eines Konzeptes für die Betreuung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil zum Zwecke, möglichst lange den Zusammenhalt der Familie zu ermöglichen und gleichzeitig auf das Wohl der Kinder zu achten. Dazu soll eine neuartige Kooperation auf der Ebene des Einzelfalls entwickelt und erprobt werden.“

Das Projekt „Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“ setzt hier an und zielt durch die Schaffung verbindlicher Orte zur gemeinsamen interdisziplinären Fallberatung (Fallkonferenz) und zum fallübergreifenden Austausch und Vernetzung (Fachtag), auf die nachhaltige Qualifizierung der Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie. Eine Steuerungsgruppe, der Vertreterinnen und Vertreter aus beiden Hilfesystemen in der Region angehören, entwickelt und begleitet das Projektvorhaben. Mit der Leitidee ‚Aus der Praxis für die Praxis‘ haben die beteiligten Akteure das Projekt sowohl entwickelt als es auch direkt in ihren Arbeitsalltag implementiert.

Wesentliches Merkmal des Projektes ist, dass es sich dabei nicht um ein „Modellprojekt“ im klassischen Sinne handelt, welches zeitlich befristet unter besonderen materiellen Ausstattungsbedingungen versucht sozialpädagogische bzw. gesundheitsbezogene Ziele zu erreichen. Das Projekt ist vielmehr eingelagert in den Alltag der Institutionen der Psychiatrie und der Jugendhilfe im Bereich der Regionalstelle Halle des Kreises Gütersloh. Es wird im Wesentlichen über zwei Komponenten realisiert:

- Die Einführung einer **Fallkonferenz** mit ständigen Mitgliedern und jeweils falleinbringenden Fachkräften. Dieses Gremium bietet ein Forum, in das Fachkräfte der Psychiatrie und der Jugendhilfe Fälle zur Beratung und Koordination der Hilfe (möglichst gemeinsam) einbringen können, bei denen sowohl ein psychiatrischer Behandlungsbedarf für ein Elternteil als auch ein erzieherischer Bedarf bezogen auf die Kinder vorliegt, bei denen also beide Handlungssysteme tätig sind. Dieses Gremium dient insbesondere den beiden Zielen der Synchronisation von Problemdefinitionen und von Handlungsansätzen. (s. u.)

- Die zweite Komponente, durch die sich das Projekt realisiert, sind die jährlich stattfindenden regionalen **Fachtage** zu Themen der Schnittstelle von Psychiatrie und Jugendhilfe. Diese mit jeweils ca. 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr gut besuchten Fachtage, die nicht unmittelbar Gegenstand der wissenschaftlichen Begleitung waren, dienen durch die dort stattfindende gemeinsame Diskussion der Kooperation und Vernetzung der Systeme.

### **Das Setting der Fallkonferenz**

Die Fallkonferenz bildet das „Herzstück“ des Projektes. Mit ihr wurde ein verbindlicher Ort geschaffen, in dem von Vertreterinnen und Vertretern aus beiden Hilfesystemen Fälle eingebracht und beraten werden können, für die in Bezug auf bestehende oder mögliche Hilfebedarfe mindestens Jugendhilfe und Psychiatrie relevant sind. Die Verbindlichkeit wird in zweierlei Hinsicht hergestellt: Zum einen findet die Fallkonferenz regelmäßig alle zwei Monate statt und bietet mit einem Zeitfenster von drei Stunden Raum für die Beratung von jeweils zwei Fällen. Zum anderen wird Verbindlichkeit über eine Anzahl ständiger Mitglieder hergestellt. Diese sind Fachkräfte des öffentlichen und des die ambulanten Hilfen koordinierenden freien Trägers der Jugendhilfe, Vertreterinnen aus dem psychiatrischen Versorgungssystem, die Psychiatriekoordinatorin des Kreises sowie ein Vertreter des LWL-Landesjugendamtes. Die ständigen Mitglieder sind nicht nur als Beratende in der Fallkonferenz beteiligt, sondern fungieren gleichzeitig als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die in ihren eigenen Hilfesystemen über die Fallkonferenz informieren und damit sowohl aus dem jeweiligen Handlungssystem Zugänge zur Konferenz als auch aus der Konferenz zum eigenen System bereiten. So tragen sie ebenfalls dazu bei, dass das eigene Hilfesystem frühzeitig Kontakt zum jeweils anderen aufnimmt, und ebnet hier entsprechende Zugänge. Mit dieser Rahmung der Fallkonferenz sind also sowohl Effekte bezogen auf die Beratung von Einzelfällen mit multiprofessionellem Hilfebedarf als auch bezogen auf Strukturveränderungen im Sinne einer besseren Vernetzung der Hilfesysteme intendiert.

Der konkrete Ablauf der Fallberatung orientiert sich an der Methode der kollegialen Beratung, wie sie im Leitfaden zur Durchführung kollegialer Beratung vom LWL-Landesjugendamt Westfalen beschrieben wird.<sup>4</sup> Die kollegiale Beratung als strukturierte Reflexions- und Beratungsmethode ermöglicht das erforderliche „Fallverstehen“ als Gruppenleistung zu erbringen und damit eine fundierte Entscheidungsgrundlage für Hilfsangebote zu haben. Der Schwerpunkt der Methode liegt dabei in der Analyse und dem Verstehen von Problemsituationen innerhalb des Klientensystems. Eine Moderation führt durch die vier Phasen der Falleinbringung, der Fallanalyse, der Handlungsstrategien und der Reflexion. Fallverantwortlich bleibt die zuständige Fachkraft.

### **Ziele der Fallkonferenz<sup>5</sup>**

#### **1. Entwicklung von passgenauen Hilfeangeboten**

Durch gemeinsame Fallarbeit aller beteiligten Fachkräfte und die multiprofessionelle Kompetenz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Fallkonferenz können Hilfeansätze entwickelt werden, die die Grenzen der unterschiedlichen Arbeitsfelder überschreiten. Passgenaue Hilfen berücksichtigen die unterschiedlichen Bedarfe der verschiedenen Familienmitglieder (z. B. der Eltern und der Kinder) und tragen diesen im Rahmen von verbindlichen Absprachen Rechnung.

<sup>4</sup> LWL-Landesjugendamt Westfalen, Referat Erzieherische Hilfen (Hg.): Leitfaden zur Durchführung kollegialer Beratung. Münster, Download unter: [http://www.lwl.org/LWL/Jugend/Landesjugendamt/LJA/erzhilf/Organisationsberatung/KollegialeBeratung\\_Fallverstehen](http://www.lwl.org/LWL/Jugend/Landesjugendamt/LJA/erzhilf/Organisationsberatung/KollegialeBeratung_Fallverstehen) (gesehen am 10.01.2011)

<sup>5</sup> vgl. Informationsblatt zur Fallkonferenz des Projekts (2009) „Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Unterstützungsbedarf“ (s. Anhang)

## 2. Stärkung der regionalen Netzwerke

Das gezielte Zusammenwirken der Fachkräfte aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern führt zu einem größeren Erfahrungshintergrund bei zukünftiger Zusammenarbeit. Das Wissen um die Handlungsmöglichkeiten in anderen Arbeitsfeldern ermöglicht die Einbeziehung dieser Ansätze in künftigen Betreuungen. Multiprofessionelle Zusammenarbeit wird ein regelmäßiger Arbeitsstandard in der Betreuung von Familien mit psychisch kranken Eltern(-teilen).

## 3. Erarbeitung von Arbeitskonzepten

Die bestehenden Arbeitskonzepte werden in der Form weiterentwickelt, dass sie den Anforderungen der Familien mit psychisch kranken Eltern(-teilen) besser entsprechen. Aus den Lösungen für den Einzelfall werden generelle Handlungsmuster, Grundvoraussetzungen etc. für die Arbeit in diesem Bereich abgeleitet. Dies ist die Aufgabe der ständigen Mitglieder der Fallkonferenz und der wissenschaftlichen Begleitung. (...)

**Als Falleinbringer** sollen in den Fall involvierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

- der Jugendhilfe (Bezirkssozialdienst, Ambulante Hilfen zur Erziehung, evtl. weitere),
- der Psychiatrie (Ambulante Wohnbetreuung, Sozialpsychiatrischer Dienst, evtl. weitere)
- und aus weiteren Institutionen (Gesetzliche Betreuung, Fallmanagement, evtl. weitere) an der Fallkonferenz teilnehmen.

In der Fallberatung wird nach Klärung der verschiedenen Rollen von der falleinbringenden Fachkraft der Fall vorgestellt und von den im Fall beteiligten Fachkräften aus den verschiedenen Hilfesystemen ergänzt. Die wesentlichen Daten sollen bereits in Form einer knappen Tischvorlage vorliegen, aus der möglichst folgende Aspekte<sup>6</sup> hervorgehen:

- Informationen zu den Familienmitgliedern und zu bekannten Ressourcen der Familie,
- Informationen zur psychischen Erkrankung (Diagnosen, Indikationen, etc. soweit vorhanden)
- Informationen zu familienrechtlichen Beschlüssen (Sorgerecht, gesetzliche Betreuung),
- kurze Beschreibung des Verlaufes der bisherigen Hilfen,
- Beschreibung der derzeitigen Situation in der Familie.

Im Anschluss an die Fallvorstellung können die beteiligten Beraterinnen und Berater Rückfragen stellen, wobei diese sich auf unklare Daten und Fakten und noch nicht auf Lösungen etc. beziehen sollen. In der folgenden zweiten Phase, der Fallanalyse, können die Beraterinnen und Berater aus dem Jugendhilfe- und dem Psychiatriebereich ihre Einschätzungen, Eindrücke, Assoziationen oder Gefühle einbringen und diskutieren, die sie abschließend zu einem Bild verdichten. Anschließend klären sie dezidiert die „Aufträge“ der einzelnen Beteiligten, die diese von den Klientinnen und Klienten, von ihrer Institution und möglicherweise weiteren Beteiligten haben, und formulieren auf dieser Grundlage Aufgaben, Handlungsschritte, die aus ihrer jeweiligen Sicht anstehen. Abweichend von dem unten angeführten Schema wurde im Ablauf der Fallkonferenz in dieser Phase auf die Verteilung bzw. Übernahme einzelner Klientenrollen durch die Beratenden verzichtet. Halten sich in der zweiten Phase die einbringenden Fachkräfte zurück, äußern diese in der nun folgenden dritten Phase ihre Eindrücke zu den Inhalten der Fallanalyse, konkretisieren die anstehenden Handlungsschritte, stimmen diese unter den verschiedenen beteiligten Helferinnen und Helfer ab und treffen soweit möglich entsprechende Vereinbarungen. Der Beratungsprozess wird i. d. R. durch Rückmeldungen der jeweils falleinbringenden und der ständigen Mitglieder abgerundet. In der Evaluationsphase füllten alle Beteiligten zudem direkt im Anschluss an jede Beratung einen Einschätzungsbogen aus (vgl. Punkt 2. unter „Methoden und Instrumente“).

---

<sup>6</sup> vgl. Arbeitshilfe zur Vorbereitung von Fallvorstellungen des Projekts (2009) „Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Unterstützungsbedarf“ (s. Anhang 3)

**Abbildung 1: Arbeitsphasen kollegialer Beratung/kollegialen Fallverstehens**

Arbeitsschritte	Themen / Inhalte	Moderationsaufgaben	Zeit
<b>1a: Fallvorstellung</b> durch fallführende Fachkraft möglichst schriftliche Fallvorlage/Genogramm formulierte Beratungsfrage	Welche <u>Daten</u> und <u>Fakten</u> sind für die Fallvorstellung wichtig? Wie ist das <u>eigene Befinden</u> bezogen auf die Bearbeitung des Falls und (einzelne) beteiligte Personen?	- auf ungestörte Fallvorstellung achten - keine Rückfragen zulassen	10 Min.
<b>1b: Rückfragen: Daten, Fakten zur Fallvorstellung</b> durch die Gruppe Frage wird von der Gruppe akzeptiert	Welche Fakten/Informationen fehlen noch? Welche Fragestellung kann hier und heute bearbeitet werden?	- nur Verständigungsfragen zulassen, keine Interpretationen, vorzeitige Lösungen o. ä. - Informationslücken und deren eventuelle Bedeutung herausstellen - Konkretisierung der Beratungsfrage forcieren	5 Min.
<b>2a: Fallanalyse</b> Fallverstehen durch verteilte Identifikation in der Gruppe: die Teilnehmer/innen übernehmen jeweils Rolle/Person aus dem System (Fallinszenierung)	Wie ist das derzeitige Erleben der einzelnen im Familiensystem (und ggf. einzelner Personen im Hilfesystem)? - Beziehungserleben - Wünsche/Erwartungen - Ängste die genannten Eindrücke, Gefühle, Stimmungen, Muster, Beschreibungen, Bilder etc. zum Ende hin aufschreiben; ggf. zu einem Thema/Bild verdichten	- auf Wechsel von Gruppenarbeit und Arbeit des/der Fallvorstellenden achten - Klientenrollen skizzieren und verteilen - assoziatives, bildhaftes Denken fördern - ggf. fokussieren und nachfragen - alle Assoziationen zum Ende der Phase aufschreiben; alles ist wichtig - nachfragen, wie es der/dem Fallvorstellenden mit den Ergebnissen der Fallanalyse geht	15-25 Min.
<b>2b: ‚Aufträge‘ und Aufgaben sichten und bewerten</b>	Welche ‚Aufträge‘ für die beteiligten Helfer/innen werden formuliert: - von Eltern und/oder Kindern oder anderen aus dem Familien-/Klientensystem - von anderen Institutionen - gesetzliche Aufträge/Aufgaben - eigene Definition von Auftrag und Aufgabe	- Beschreibungen der Identifikationsphase sortieren und zuspitzen: unterschiedliche Aufträge und Interessen zusammentragen - Ambivalenzen in Aufträgen herausarbeiten, z. B. Entlastung und Entmündigung, Hilfe und Kontrolle etc.	5-15 Min.
<b>3a: Handlungsstrategien und Lösungen</b>	Was wird gebraucht? Welche Ressourcen für Entlastung und Unterstützung stehen zur Verfügung? - Wer braucht was? Mit welcher Priorität? - Wer kann was? - Wer muss was? - Was kann erschlossen werden?	- Ressourcen im Familien-/Klientensystem und auch im Hilfesystem beachten - Aufträge gewichten und Prioritäten setzen - nur realisierbare Lösungen zulassen - Grenzen des eigenen Dienstes beachten	15-20 Min.
<b>3b: Arbeitsabsprachen und Vereinbarungen</b>	Wer macht, ggf. mit wem was bis wann? Woran und von wem werden getroffene Vereinbarungen kontrolliert?	- auf klare, akzeptierte und realistische Absprachen achten - für schriftliche Dokumentation von Vereinbarungen sorgen	5 Min.
<b>4: Reflexion und Bewertung des Beratungsprozesses</b>	Wurde die Beratungsfrage zufriedenstellend bearbeitet? War der Beratungsprozess hilfreich? Wie ‚fand‘ sich die kollegiale Beratungsgruppe?	- für Lob und Kritik sorgen - Differenzierung und Wertentwicklung der Gruppe fördern	5-10 Min.

(Quelle: siehe Fußnote 4)

Die Fallkonferenz verfügt im Rahmen des vorliegenden Projektes nicht über Weisungs- oder Beschlusskompetenzen. Ihre Ergebnisse sollen in den nachfolgenden Beratungen und Handlungsschritten berücksichtigt werden, sind aber für die einbringenden Fachkräfte nicht bindend. Zu jedem der in der Fallkonferenz beratenen Fälle wurde ein anonymes Protokoll erstellt, das in erster Linie für die Auswertung und Weiterentwicklung im Projekt erstellt wurde.

Die zunächst angedachte Möglichkeit, Fälle anonymisiert einzubringen, wurde recht schnell verworfen, da aufgrund der Beteiligung von Fachkräften aus unterschiedlichen Hilfesystemen keine tatsächliche Anonymität von Daten gewährleistet werden kann. Außerdem müssen für eine Abstimmung von Problemdefinitionen und Handlungsstrategien zwischen den einzelnen Handlungssystemen relevante Informationen und Daten aus beiden Systemen zusammengeführt werden (dies betrifft natürlich keine vertraulichen Informationen, die den einzelnen Akteuren im Vertrauen auf deren Verschwiegenheit von den Eltern oder Kindern anvertraut wurden). Dies bedeutet, dass in der Fallkonferenz nur solche Fälle beraten werden konnten, bei denen eine Zustimmung der betroffenen Familie zum interdisziplinären Austausch vorlag.

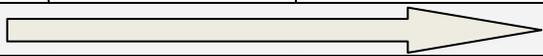
## 2. Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung

### Inhaltliche und zeitliche Strukturierung

Die Ausschreibung gab implizit vor, dass es sich bei den Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung um eine formative, gestaltende Evaluation handeln soll. Aus dem Ziel, zum Ende des Projektes eine Arbeitshilfe zu erarbeiten, die den Transfer von Praxiserfahrungen sicher stellt, ergab sich, dass eine summative, bilanzierende Evaluation (abschließende Einschätzung von erzielten Ergebnissen des Projektes) zu kurz greift. Vielmehr erschien daher von

Beginn an eine kontinuierlich unterstützende Evaluation und Beratung angemessener, die auf stete Verbesserung des Programms gerichtet ist und schließlich in der Erarbeitung eines Projektberichtes mündet.

**Abbildung 2: Tabellarische Zeitstruktur**

4. Quartal 2009	1. Quartal 2010	2. Quartal 2010	3. Quartal 2010	4. Quartal 2010
Teilnahme an und Begleitung von Projektgremien 				
Präzisierung Projektziele	Erhebungs- und Beobachtungsphase		Auswertung	Erstellung Abschlussbericht

Diesem Anliegen folgend ergab sich die inhaltliche und zeitliche Struktur der wissenschaftlichen Begleitung in erster Linie aus dem Projektverlauf selber. Unter dieser Prämisse lassen sich zentrale Schritte der wissenschaftlichen Begleitung wie folgt charakterisieren:

1. Teilnahme an den und Begleitung zentraler Projektgremien (gesamte Laufzeit der wissenschaftlichen Begleitung);
2. Präzisierung und Operationalisierung der Projektziele mit den Projektpartnerinnen und -partnern als Grundlage für die Evaluation und als Grundlage für die konkrete Ausgestaltung von Instrumenten (4. Halbjahr 2009);
3. Erhebungs- und Beobachtungsphase: Durchführung von qualitativen Befragungen bei den einzelnen Projektakteuren, (1. und 2. Quartal 2010);
4. Auswertung der Daten aus der Erhebungsphase (3. Quartal 2010);
5. Erstellung und Abstimmung eines Projektberichtes in enger Abstimmung mit den Projektakteuren (3. und 4. Quartal 2010);
6. Vorlage des Evaluationsberichtes (Plan: Dezember 2010; Ist: Januar 2011).

Die wissenschaftliche Begleitung nahm an den Fallkonferenzen teil, wobei nicht immer Fälle beraten wurden, sondern zum Teil übergreifende Projektfragestellungen bearbeitet wurden. Im Rahmen dieser Sitzungen wurden fünf Fallkonstellationen von der wissenschaftlichen Begleitung intensiver in den Blick genommen und Erhebungen hierzu angefertigt (fünf Protokolle der betrachteten Einzelfälle, 35 Einschätzungsbögen der an den Fallberatungen teilnehmenden Fachkräfte).

Darüber hinaus wurden 15 fallbezogene qualitative Interviews (4 x Familie, 5 x Bezirkssozialdienst, 4 x ambulante Hilfen, 2 x Fachkräfte der Psychiatrie) und vier Interviews mit ständigen Mitgliedern der Fallkonferenz (2 x Jugendhilfe, 2 x Psychiatrie) durchgeführt.

### **Fragestellungen der wissenschaftlichen Evaluation**

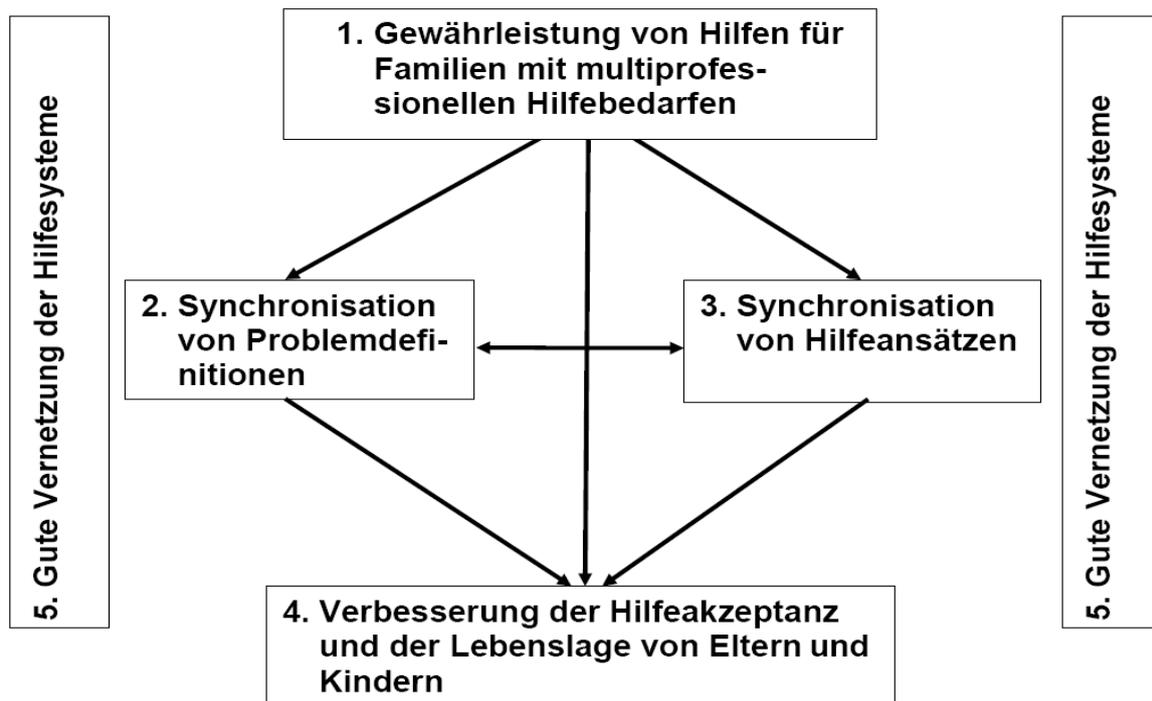
Eine Evaluation von Handlungsprogrammen setzt eine möglichst konkrete Definition von Zielen voraus, die so operationalisiert werden können, dass die Zielerreichung durch Indikatoren empirisch überprüft werden kann. Wesentliche Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war es daher zunächst, die Zielsetzungen des Projekts mit den Beteiligten zu präzisieren, um anschließend der Frage nachgehen zu können, inwieweit das Projekt dazu beiträgt, diese Ziele zu erreichen. Nach einer Präzisierung der Ziele im Rahmen eines Workshops (21.09.2009) wurden folgende Zielsetzungen und Zielgruppendefinition zugrunde gelegt:

1. Das **Hauptziel** des Projektes ist es, die Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie zu verbessern. Diese Qualifizierung der Kooperation zielt zum einen auf die Fallebene (Handlungsebene im Einzelfall differenziert nach den Zielebenen Synchronisation von Problemdefinitionen, Synchronisation von Hilfeansätzen und Verbesserung der Hilfeakzeptanz und Lebenslage von Eltern und Kindern) und zum anderen auf die Systemebene (Kooperationsebene der verschiedenen Dienste).

2. Die **Zielgruppe** des Projektes sind akute Fälle der Jugendhilfe, bei denen Eltern bzw. ein Elternteil psychisch erkrankt sind und sich in Behandlung durch die Erwachsenenpsychiatrie befinden bzw. bei denen solch eine Behandlung ansteht. Zudem sollen auch solche Fälle aufgenommen werden, bei denen Eltern sich in psychiatrischer Behandlung befinden und ein ergänzender Jugendhilfebedarf deutlich wird.

Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war es, die im Projekt erprobten Formen der interdisziplinären Kooperation (Jugendhilfe und Psychiatrie) zu begleiten und systematisch zu erheben, welche Wirkungen durch diese Kooperationsformen erreicht werden sollen und tatsächlich erreicht werden. Die Zielsetzungen des Projektes, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung evaluiert werden sollen, sind in Abbildung 3 festgehalten. Die Abbildung verdeutlicht, wie sich die einzelnen Zieldimensionen zueinander verhalten.

**Abbildung 3: Zentrale Projektziele**



Es geht zunächst als Oberziel darum, in interdisziplinärer Abstimmung Hilfen für Familien zu gewährleisten, die mit Belastungen und Problemen auf ganz unterschiedlichen Ebenen zu kämpfen haben (Projektziel: Gewährung von Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf). Hierzu sollen Fachkräfte unterschiedlicher Institutionen und Disziplinen (im Zeitraum der wissenschaftlichen Begleitung insbesondere Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie) eng miteinander kooperieren. Diese Kooperation zielt auf die enge Abstimmung von Diagnosen und Problemsichten (Projektziel: Synchronisation von Problemdefinitionen) sowie auf die Abstimmung von Handlungsstrategien der verschiedenen involvierten Akteure (Projektziel: Synchronisation von Hilfeansätzen). Diese Ziele in der Kooperation dienen der Realisierung eines integrierten Hilfeangebotes für Familien in der Hoffnung darauf, dass dies die Hilfeakzeptanz der Adressatinnen und Adressaten und damit letztlich deren Lebenslage verbessern könne (Projektziel: Verbesserung der Hilfeakzeptanz und der Lebenslage von Eltern und Kindern). Insgesamt zielt das Projekt damit darauf, eine enge Zusammenarbeit der Hilfesysteme in der Region aufzubauen und zu erhalten (Projektziel: „Gute“ Vernetzung der Hilfesysteme).

Ausgehend vom oben differenzierten Hauptziel orientiert sich die wissenschaftliche Evaluation an der leitenden Fragestellung, inwieweit die Projektziele auf den bestehenden fünf Zielebenen umgesetzt werden konnten.

## Methoden und Instrumente

Im Zentrum des Projektes und damit der wissenschaftlichen Begleitung stehen interdisziplinäre Hilfeprozesse. Aus dieser Perspektive kamen vorrangig qualitative Methoden zum Einsatz. Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um qualitative Interviews mit den einzelnen Projektakteuren und in einem gewissen Umfang um Gruppendiskussionen.

Die Erhebungsinstrumente folgen in der dargestellten Systematik den einzelnen Zielebenen. Es kamen folgende Erhebungsinstrumente zum Einsatz:

- 1. Beobachtungsbogen (teilstandardisiert) für die teilnehmende Beobachtung der Fallkonferenz:** Der Beobachtungsbogen wurde von der wissenschaftlichen Begleitung während der Fallbesprechung ausgefüllt. Er enthielt inhaltliche Aspekte des Falles, aber auch die Wahrnehmung der wissenschaftlichen Begleitung zur Dynamik der Fallberatung.
- 2. Einschätzungsbogen (standardisiert) für Mitglieder der Fallkonferenz:** Mit Hilfe dieses standardisierten Bogens wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer (falleinbringende Fachkräfte und ständige Mitglieder der Fallkonferenz) nach jeder Fallberatung zu ihrer Einschätzung bezüglich Qualität und Nutzen der Fallbesprechung befragt. Der Bogen wurde immer unmittelbar nach den Falldiskussionen ausgefüllt und von der wissenschaftlichen Begleitung zwecks Auswertung eingesammelt.
- 3. Interviewleitfaden zur Befragung der mit dem Fall befassten Fachkräfte und Interviewleitfaden zur Befragung von Eltern und Angehörigen:** Insgesamt wurden fünf Einzelfälle mehrperspektivisch betrachtet. Zu jedem dieser Einzelfälle wurden sowohl die Eltern als auch (möglichst) die Fachkräfte aus beiden Handlungssystemen (Jugendhilfe und Psychiatrie) befragt. Der Kontakt zu den Eltern wurde jeweils von einer fallführenden Fachkraft im Fall hergestellt. Wenn diese sich zu einem Gespräch bereit erklärten, wurden der wissenschaftlichen Begleitung die Telefonnummer und die Adresse der Eltern mitgeteilt und von der wissenschaftlichen Begleitung ein Termin vereinbart. Bei diesem Gespräch wurde dann die Erlaubnis bei den Eltern eingeholt, auch die beteiligten Fachkräfte in einem Interview zu befragen (siehe hierzu Punkt 4). Die Interviews mit den Eltern (und den Fachkräften) wurden jeweils ca. zwei Monate nach der Fallkonferenz durchgeführt, weil ein zentraler Gegenstand der Gespräche darin bestand, die Wirksamkeit der Absprachen zwischen den Systemen und die Folgen für die Familien und Kinder zu erfragen. In vier der fünf Fälle stimmten die Eltern einem Interview zu. In einem Fall konnte kein Interview mit den Eltern selbst geführt werden. Die Befragung der Fachkräfte zu diesem Fall erfolgte hier unter strikter Anonymisierung der Familie seitens der befragten Fachkräfte. Die durchgeführten Interviews wurden wörtlich transkribiert.
- 4. Interviewleitfaden zur Befragung von Schlüsselpersonen:** Am Ende der Erhebungen wurden jeweils zwei Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bereich der Jugendhilfe und der Psychiatrie zu grundsätzlichen Erfahrungen und Einschätzungen im Rahmen einer qualitativen Befragung interviewt. Auch diese Interviews wurden wörtlich transkribiert.

Eine ebenfalls ursprünglich darüber hinaus geplante (teilstandardisierte) Aktenanalyse wurde im Laufe der Evaluation wegen des erheblichen Aufwandes und der geringen Ertragsersparung wieder verworfen.

### 3. Zur Gestaltung multiprofessioneller Hilfen – die Sicht der beteiligten Akteure

Es wurden insgesamt 19 Interviews von der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführt. Dabei beziehen sich 15 Interviews direkt auf fünf Einzelfälle, zu denen die Eltern und – mit deren Zustimmung – die im Fall tätigen Fachkräfte befragt wurden (4 x Eltern; 5 x Vertreterinnen und Vertretern des öffentlichen Trägers und 4 x der freien Träger der Jugendhilfe; 2 x Mitarbeiterinnen aus dem System der Psychiatrie). Hinzu kommen vier Interviews mit ständigen Mitgliedern der eingerichteten Fallkonferenz, jeweils mit zwei Fachkräften der Jugendhilfe und des psychiatrischen Versorgungssystems. Während die Interviews „rund um die fünf Fälle“ jeweils auf eine konkrete Kooperation zielten, waren die Interviews mit den vier Schlüsselpersonen eher auf den Gesamtprozess gerichtet. Die Texte der Transkriptionen wurden dann unter den eingangs benannten fünf Leitfragen (vgl. Kap. 2) ausgewertet.

Im Folgenden sollen zunächst die einzelnen Zielebenen des Projektes vertiefend beleuchtet werden. Daran schließt sich eine fokussierte Betrachtung der Fallkonferenz als dem zentralen Gremium der interprofessionellen Kooperation an. Die durch die wissenschaftliche Begleitung gefertigten Beobachtungsprotokolle fließen in diese Darstellung mit ein.

### **3.1 Projektziel: Gewährung von Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf**

Als erstes Projektziel wurde formuliert, dass ein Hilfsangebot für eine ganz spezifische Zielgruppe geschaffen und umgesetzt werden sollte. Ausgangspunkt für diese Zielgruppenbestimmung war die Unterstützung durch die Jugendhilfe, deren Aufgabe in der Hilfe und Unterstützung von Familien mit zumeist minderjährigen Kindern mit erzieherischen Bedarfen steht.

#### **Zielgruppe – um wen geht es?**

Die als Zielgruppe definierten Familien (mit minderjährigen Kindern) zeichnen sich dadurch aus, dass sie öffentlicher Unterstützung und Hilfe in mehreren Lebensbereichen bedürfen, sie also von einer mehrdimensionalen Problematik betroffen sind. Folgendes Zitat skizziert eine solche Situation:

Sie hat so viele Hilfen bekommen, also sie hat ambulante Wohnbetreuung für sich, sie hat die Familientherapeutin von der Diakonie, um die Gespräche mit dem Vater zu moderieren, um diese Ehe, also mit dem Ex-Ehemann. Sie hatte eine Haushaltshilfe bekommen über das Jugendamt, Familienpflege. Sie hat auch noch eine Erziehungshilfe bekommen. Sie hat sich therapeutisch behandeln lassen. Also wir hatten mal so ein Organigramm gemacht, wo wir das alles aufgezeichnet hatten, was für Leute mit der Frau beschäftigt sind. Sie hat auch zwischendurch eine (...) berufliche Rehabilitation in Gütersloh gemacht im beruflichen Trainingszentrum. 00:11:26-1

Wie wird nun in der Praxis des Projektes die Zielgruppe bestimmt? Wie werden die Einzelfälle zum Gegenstand der Fallkonferenz? Hier einigte sich die Fallkonferenz auf ein pragmatisches Vorgehen. Zunächst wird durch Erfahrung davon ausgegangen, dass es einen großen Überschneidungsbereich von Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe gibt. Daher wurde vereinbart, dass Fachkräfte aus beiden Systemen Fälle in die Fallkonferenz einbringen können, wenn in den benannten Familien auch das jeweils andere Handlungssystem aktiv ist oder nach Ansicht der fallbringenden Fachkräfte aktiv werden müsste. Auf weitere formale Kriterien (z. B. Dauer und Intensität der zurückliegenden Interventionen, definierte Mehrfachbelastungen, Gefährdungsaspekte für die Kinder) wurde verzichtet. So gab es in der Zeit der Evaluation in der Fallkonferenz sowohl Fälle, die den Anfang einer Kooperation markierten, als auch Fälle, die den Vertreterinnen und Vertretern beider Systeme schon lange bekannt waren.

#### **Motive zur Einschaltung der Fallkonferenz**

Drei zentrale Motive zur Einschaltung der Fallkonferenz (und damit zu einer praktischen Konkretisierung der Zielgruppe des Projektes) ließen sich ausmachen. Zum einen wurden Fälle eingebracht, in denen die fallführenden Fachkräfte sich an den Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten sahen und sich Anregungen aus einer multiprofessionellen Fallbesprechung versprachen. So beschreibt eine Sozialarbeiterin des Jugendamtes:

Also, das ist eine Familie, die erst mal sowieso schon so sehr belastet ist. (...). Die waren immer schon sehr belastet und die Mutter (...) war absolut psychotisch und der Arzt hat sich erst schwer getan, sie auch noch einzuweisen, also nach vielem Hin und Her ist sie dann in die Westfälische Klinik eingewiesen worden und (...) das ohnehin schon schwierige Familiensystem kippte noch mehr, (...) und dieser sehr belastete Vater mittlerweile auch, der, die immer im Streit waren, wo es immer irgendwie an die Grenze ging, der stand total neben sich und uns fiel eigentlich mit den Hilfen auch nichts mehr ein. Wir hatten SPFH drin über einen langen Zeitraum. Dieser älteste Sohn ist in diese Klinik, Einrichtung gegeben worden, und wir wussten nicht mehr, was wir hier noch an Unterstützung bringen wollen. 00:07:18-2

Das zweite Motiv zum Einbringen eines Falles in die Fallkonferenz war der Wunsch nach kritischer Reflexion von Fallverläufen, die schon längerfristig von den Systemen betreut werden und bei denen sich ggf. unterschiedliche Problemdimensionen überschneiden und das Zu-

sammenspiel der Systeme abgestimmt werden muss. So berichtet eine Sozialarbeiterin des Bezirkssozialdienstes (BSD).

Was noch erschwerend hinzukommt, dass (...) die Amtsärztin, die die Familie auch kennt und die auch wahrscheinlich dieses Gutachten machen würde, wegen Arbeitsfähigkeit usw. (Gutachten zur Arbeitsunfähigkeit für die ARGE, d. V.), die ist aktuell auch krank, die hätte ja auch eigentlich an der Fallkonferenz teilgenommen, wenn sie da gewesen wäre. Da denke ich, vielleicht, wie gesagt, sind das jetzt auch im Moment die Umstände, weil (die Mutter, d. V.) auch merkt, da verändert sich auch einiges, da kommt noch mal Bewegung rein, es ging um Kur, was sie eben auch für sich selber auch nutzen möchte und da positives mit verbindet, was jetzt sozusagen in der Abklärungsphase ist, zum einen eben diese Kur, noch mal eigene gesundheitliche oder medizinische Diagnostik, dann eben dieses Gutachten durch die, bei uns heißt es: „GT-aktiv“, was alles vielleicht auch dazu führt, dass sie eben da für sich auch noch mal guckt, das für sich zu verbinden, wo, wie kann ich das einstiehlen, welche Schritte muss ich gehen, eben, und das halt auch als Hoffnung so hat, dass der Sozialpsychiatrische Dienst, da auch noch mal hilfreich sein kann, um das dann vielleicht auch verbinden kann mit der amtsärztlichen Untersuchung (...). 00:43:59-6

Als drittes Motiv kann gelten, dass die Fallkonferenz mitunter auch ein Mittel war, unbefriedigend verlaufende Kooperationsprozesse zwischen der Jugendhilfe und der Psychiatrie vorzustellen und ggf. durch die multiprofessionelle Beratung diesen Zustand zu überwinden oder das jeweils andere Hilfesystem gezielt zu aktivieren.

Es ist schwierig sie (die niedergelassene Psychiaterin, d. V.) zu erreichen und mit ihr zusammen zu arbeiten. (...) Im Sinne, dass sie, glaube ich, mit dem Jugendamt nicht so richtig zusammen arbeiten möchte. (...) Es gibt irgendwie von Psychiatern öfter mal so ein Vorurteil (...) Also, ich habe versucht sie zu erreichen. Ich habe des Öfteren versucht sie zu erreichen und ich habe sie nie erreicht und auf Rückrufe konnte ich lange warten und ich hatte sie auch in einem anderen Fall und da musste ich sie dann anschreiben und dann hat sie auch nur ganz kurz und knapp darauf reagiert und das war eigentlich nur möglich, in dem anderen Fall über den Sozialpsychiatrischen Dienst mit ihr zu kommunizieren. 00:19:01-6

### **Zugangswege zwischen den Hilfesystemen**

Ein besonderer Aspekt des Ziels „Gewährung von Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“ ist die Erleichterung der Zugänge zwischen den Hilfesystemen. In dieser Hinsicht haben sich im Verlauf des Projektes bedeutende Veränderungen vollzogen. Oft haben psychisch kranke Eltern erhebliche Berührungängste gegenüber dem Jugendamt, da sie dieses mit negativen Interventionen assoziieren. Häufig zeigt sich in der Praxis, dass die Fachkräfte der Psychiatrie nicht in der Lage sind, diese Ängste abzubauen oder dass diese Ängste gar geschürt werden (vgl. Kriener/Schone: zur Ausgangslage in diesem Band).

Hier hat sich in Halle eine völlig andere Kooperationskultur entwickelt. So hat es sich – vermittelt durch die projektbeteiligten Akteure – als ausgesprochen hilfreich erwiesen, dass die Tagesklinik Eltern mit Kindern bei Bedarf ein Gespräch mit dem Koordinator ambulanter Erziehungshilfen beim freien Träger vermittelt und dieser dann in der Tagesklinik Handlungsmöglichkeiten der Jugendhilfe vorstellt. Dies erfordert auf der Ebene der Handlungssysteme ein ganz besonderes Vertrauen in zweierlei Hinsicht: Zum einen rechnet die Tagesklinik auf einen sensiblen Umgang des Jugendhilfekollegen mit den Eltern, damit diese nicht das Gefühl bekommen, von der Klinik an die Jugendhilfe „verraten“ worden zu sein. Dies könnte insbesondere bei einer potentiellen Kindeswohlgefährdung eintreten. Zum anderen muss auf Seiten des öffentlichen Trägers das Vertrauen bestehen, dass hier nicht vom freien Träger Handlungsmöglichkeiten offeriert werden, die der öffentliche Träger so nicht einlösen kann oder will. Hier bestände das Risiko der Enttäuschung von Eltern (und der Verärgerung der fallzuständigen Fachkräfte im BSD). Der Koordinator ambulanter Hilfen sagt hierzu:

Ich bin dann ja nur als jemand der informiert, der sagt "die und die Möglichkeiten gibt es im Bereich der ambulanten Hilfen", da geht es ja dann um die konkreten Hilfeform auch, die man in Familien anbieten kann und das ist schon sehr individuell, also ich sage jetzt nicht "ambulante Hilfen, die machen das und das", sondern meistens gebe ich da ein Stück allgemeine Informationen und dann kommen wir immer auf die ganz spezielle Situation in den Familien und das ist schon so ein bisschen so ein

Rausarbeiten "was könnte in Ihrer Familie gut sein oder in Ihrer Situation gut sein" und dann (...) zu sagen "haben wir so besprochen, jetzt kann ich Ihnen sagen, was Sie tun müssen, wenn Sie so eine Hilfe haben möchten". [*Frage: Das setzt ein nicht selbstverständlich gutes Verhältnis zum Bezirkssozialdienst voraus.*] Ja, das ist ja durch die Koordination deutlich da entstanden. 00:19:07-7

In der Vergangenheit wurde ein solches Verständnis häufig vermisst. So kritisiert eine Vertreterin des psychiatrischen Systems, dass Jugendhilfe manchmal zu lange gewartet habe, bis eine multiprofessionelle Zusammenarbeit gesucht wurde.

Also ich bin vielleicht zu spät gerufen worden. Also sie hätte mich etwas früher ins Boot nehmen können. Die Schwierigkeit bei dem Kind war schon Jahre lang bekannt, bevor ich mit ins Boot kam. Das hätte man früher machen können, man hätte früher sagen können, also wenn ein Kind nicht dissoziale Tendenzen hat, sondern einfach weil es sich so schlecht fühlt, für längere Zeit die Schule nicht besucht, dann ist das eigentlich ein Grund, dass da mal ein Arzt drauf guckt. Dann ist das einfach eine medizinische Sache und man hätte schon früher bei dem bisschen noch formbaren Jungen vielleicht schon einschreiten können und ihn noch mehr unterstützen können, dann wäre das vielleicht nicht so weit gekommen (...). 00:32:48-5

### **Wege zur Entwicklung multiprofessioneller Zusammenarbeit**

Auch in der Fallkonferenz als Kristallisationspunkt des Projektes ist es nicht immer leicht, eine multiprofessionelle Perspektive zu entwickeln. Zwar sind die verschiedenen Professionen in der Fallkonferenz regelmäßig vertreten, aber die „praktische Multiprofessionalität“ ist oft nicht so einfach herzustellen. Eine Mitarbeiterin der ambulanten Erziehungshilfe berichtet über die von ihr wahrgenommenen Koordinationsaufgaben zwischen den Professionen, aber auch über deren Grenzen:

Es fehlte auf jeden Fall ihr behandelnder Arzt in dieser Runde. (...) also fallzuständig bin ich. Ich bin diejenige, die Fäden sicherlich in dem Fall in alle Richtungen in der Hand hat, d. h. für die Kinder, was die Ärzte angeht, was den Therapeuten angeht. Ich bin diejenige, bei der alles zusammen läuft, diejenige die sich auch eng mit Frau L. abstimmt, (...) ich würde mich da schon als Koordinatorin sehen zu den ganzen Professionen, aber dass die alle an einen Tisch kommen, das wäre sicher nicht möglich, oder relativ unrealistisch. 00:26:17-2

Es war allerdings festzustellen, dass sich im Alltag der Fachkräfte beider Seiten zunehmend ein solches multiprofessionelles Verständnis entwickelt und den Eltern auch vermittelt wird, wie folgende Mutter indirekt bestätigt:

Genau. Das war meine Bezugsperson auch während der Klinik. Und die kam halt einmal in der Woche zu mir nach Hause. (...). Und sie hat mich irgendwann auch angesprochen, auf das Projekt bezogen, das mit dem Jugendamt läuft, also zwischen Jugendamt und psychiatrischer Ambulanz, und hatte mich gefragt, ob ich interessiert wäre, dass jemand vom Jugendamt zu mir käme, von der sozialpädagogischen Familienhilfe. (9-16)

Diese Mutter sieht auch deutlich die abzustimmenden arbeitsteiligen Funktionen zwischen den Disziplinen, wenn sie ihre Wünsche an die sozialpädagogische Familienhilfe formuliert:

Ich hatte große Probleme, wieder in den Alltag rein zu kommen. Also ich war aus der Tagesstruktur rausgerissen. Ich hatte mehrere Punkte, und das war einer der Punkte, dass ich wieder in den Alltag rein finde, in die Struktur. Also es war auch ein Großziel, dass ich wieder in meinen alten Beruf zurückfinde. Und mit meinen Kindern – dass meine Kinder ein besseres Verständnis für meine Erkrankung finden, dass wir besser zusammenarbeiten und sie Material finden, was das Verständnis erleichtert. Also den Kindern entsprechend meiner Erkrankung gegenüber. Aber inzwischen haben sich auch noch andere Punkte ergeben, die mir wichtig sind, am Herz liegen. (28-35)

Auffallend ist aber auch, dass die Eltern zum Teil aktuell und in der Vergangenheit schon mit so vielen verschiedenen Helferinnen und Helfer zu tun hatten, dass sie Schwierigkeiten mit der Zuordnung der einzelnen Personen zu bestimmten Hilfesystemen haben. So gab es mehrfach Verwechselungen der Arbeit des Jugendamtes und der freien Träger, deren unterschiedliche Rollen den Eltern zum Teil nicht klar waren.

Schwierigkeiten in der Kooperation beider Systeme tritt das Projekt tendenziell entgegen, indem z. B. gezielt ein Mitarbeiter beim freien Träger eingestellt wurde, der über Erfahrungen in beiden Handlungssystemen (Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie) verfügt. Dies wird im Projekt als ein wichtiger Ansatz gesehen, multiprofessionelle Perspektiven nicht nur in der Kooperation zu suchen, sondern auch einzelne Fachkräfte mit multiprofessionellem Hintergrund einzusetzen. Der Koordinator ambulanter Hilfen hierzu:

Ja, danach (Mitarbeiter mit Erfahrungen in beiden Handlungssystemen, d. V.) haben wir gezielt zusammen gesucht. Wer bringt eigentlich noch Kompetenzen mit, die wir so erst mal nicht im Team haben und von dem ich auch denke, die kann man sich in dem Rahmen, wie wir das derzeit könnten, nicht über Fortbildungen holen? (...) Also, ich denke das kann ja nur helfen Barrieren zu senken, das auch einfacher zu machen, anzusprechen, weil man mehr das System kennt und eher weiß, nach welchen Regeln die auch funktionieren. 00:15:27-9

Als Idee wird schließlich noch eine besondere Qualifizierung von Fachkräften im Schnittbereich von Jugendhilfe und Psychiatrie von einer Mitarbeiterin des Bezirkssozialdienstes angeregt:

Ich glaube, dass wir eigentlich einen Fachdienst brauchen, der sich speziell mit Familien mit einer psychischen Erkrankung auseinandersetzt, ich glaube, dass das viel bringen würde, wenn wir da einen sehr guten Fachdienst haben, der eng mit der Klinik kooperieren würden, der auch näher dran ist an der Klinik. (...) Ich glaube, was es geben müsste, wäre wirklich so eine familiensystemische Ausbildung, eine Zusatzausbildung, wo ich ein fundiertes, langfristiges Wissen erwerbe. Da muss auch dann Psychiatrie umdenken. Hier gibt es einen Fachdienst, mit dem werden wir häufiger mal zu tun haben, weil die haben hier fundiertes Wissen. 00:41:32-2

**Zusammenfassend** lässt sich zu dem ersten Zielkomplex der „Gewährung von Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“ festhalten, dass sich das Projekt hierbei auf einen anspruchsvollen Weg gemacht hat und dass sich eine Reihe von Anzeichen finden, dass sich die Handlungsstrukturen im Bereich der Regionalstelle Halle langsam verändern. Zentrale Bausteine hierbei sind die Fallkonferenz, die interdisziplinäre Fallberatung anbietet, die wechselseitigen Kontakte der Vertreterinnen und Vertreter der Fallkonferenz, die ein vertieftes wechselseitiges Verständnis zwischen den Systemen befördert und die erheblich dazu beiträgt, Schwellen zwischen den Systemen abzubauen und die Eltern dabei zu begleiten, auch Hilfen des jeweils anderen Systems in Anspruch zu nehmen.

Diese Entwicklungen stehen sicher erst am Anfang. Sie sind sehr stark getragen durch einzelne Personen, die sich einerseits der jeweiligen Beschränkung der eigenen Handlungsansätze bewusst sind und die in der Kooperation und Verzahnung mit dem jeweils anderen System erhebliche Chancen für die Familien, aber auch für ihre eigene Arbeit sehen.

Die Interviews zeigen aber auch, dass es sich hierbei noch bei weitem nicht um ein reibungsloses Zusammenspiel der Systeme handelt. Kooperation zwischen Systemen vollzieht sich immer zwischen Menschen. In beiden Handlungssystemen gibt es eine Vielzahl von Fachkräften mit ganz unterschiedlich intensiven Berührungspunkten. Von daher gibt es für die einzelnen handelnden Akteure ganz unterschiedliche Chancen, Erfahrungen zu sammeln oder gar Routinen der multiprofessionellen Kooperation zu entwickeln.

Im Projekt erweist sich der Ansatzpunkt, solche Berührungspunkte (z. B. durch die Fallkonferenzen, aber auch durch den Fachtag oder durch wechselseitiges Vorstellen der eigenen Arbeit) systematisch zu schaffen und zu pflegen, als ausgesprochen angemessen und hilfreich bei der Umsetzung des Zieles multiprofessioneller Hilfestellung.

### **3.2 Projektziel: Synchronisation von Problemdefinitionen**

Ein zentrales Hindernis bei der Gewährleistung eines multiprofessionellen Hilfeangebotes für Familien ist es häufig, dass die einzelnen Hilfesysteme und Professionen einen je eigenen Blick auf die Probleme der Familien(mitglieder) haben. Für die Erwachsenenpsychiatrie steht eindeutig die Gesundheit bzw. die Behandlung und Heilung des Patienten im Vordergrund. Für die Jugendhilfe stehen beim Blick auf die Familie die Erziehungsfähigkeit der Eltern und

die Lebenssituation der Kinder im Fokus. Beide Systeme sind durch ganz unterschiedliche Aufträge und Sichtweisen auf die an sie herangetragenen Probleme konstituiert.

Von daher kann ein erstes Ziel bei der Realisierung eines multiprofessionellen Hilfeansatzes nur sein, dass jedes Handlungssystem seinen Handlungsauftrag bezogen auf familiäre Probleme benennt und damit auch dokumentiert, für welche Problemsegmente von Familien bzw. Familienmitgliedern es zuständig ist. Allein hier gibt es schon einen bedeutenden Unterschied, der die Kooperation deutlich beeinflusst. Während die Erwachsenenpsychiatrie deutlich den kranken Patienten fokussiert und dies qua ihres gesetzlichen Auftrags auch tun sollte, liegt der Blick der Jugendhilfe umfassend auf den Lebens- und Entwicklungsbedingungen von Kindern, wozu unbedingt die Eltern mit ihren Möglichkeiten der Erziehung und Förderung der Kinder gehören. Für die Jugendhilfe spielt die psychische Erkrankung der Mutter oder des Vaters vor diesem Hintergrund eine deutlich wichtigere Rolle als für die Psychiatrie die Frage, welche Auswirkungen die Krankheit ihrer Patienten und Patientinnen auf andere Familienmitglieder hat.

Aus diesen kurzen Überlegungen wird deutlich, dass die Synchronisation von Problemdefinitionen ein erster Ansatzpunkt bei der Herausbildung multiprofessioneller Handlungsstrategien sein muss. Synchronisation bedeutet hier nicht „Gleichschaltung“ des Problemverständnisses, sondern eher „Abstimmung“, um einerseits widersprüchliche Problemdefinitionen zu entdecken, bevor sie sich in widersprüchlichen Handlungsstrategien zu Lasten der Familien niederschlagen, und um andererseits zu erkennen, wie Problemschwerpunkte von den Fachkräften der einzelnen Disziplinen definiert werden. Für den Bereich der Psychiatrie können solche Abstimmungen zusätzliche, für die individuelle Therapie wertvolle Informationen aus dem Blickwinkel der Jugendhilfe liefern; für den Bereich der Jugendhilfe sind sie notwendig im Bestreben, eine sozialpädagogische Diagnostik (sozialpädagogisches Fallverstehen) zu erstellen.

### **Das andere Hilfesystem mit denken**

Als generelles Ziel formuliert eine Vertreterin der Jugendhilfe, dass es bei der Fallberatung zunächst notwendig sei, das jeweils andere Hilfesystem im Rahmen der eigenen Problemanalyse nicht zu vernachlässigen, sondern dessen Sicht auf die Problematik mit einzubeziehen.

Aber was so ein erster Schritt ist, dass man überhaupt mal zu gemeinsamem Fallverstehen hinkommt, dass man überhaupt selbstverständlich das andere System mitdenkt, dass die Klinik, wenn sie sieht, da sind Kinder, auch die Kinder mitdenkt. Oder dass wir eben auch sagen, also die Ergebnisse die es z. B. durch die medizinische, therapeutische Begleitung gibt, haben natürlich auch Auswirkungen immer auf das Familiensystem und das muss zu gemeinsamen, ja abgestimmten Hilfekonzeptionen eben auch kommen. Das hat sich in den letzten ja zwei, drei Jahren eigentlich also zu mindestens aus Sicht der Jugendhilfe schon sehr verfestigt, dass das also eine Notwendigkeit ist und dass man da enger zusammenrückt. [00:06:10-5](#)

Eine Vertreterin der Psychiatrie macht aber auch deutlich, dass es dabei gilt, alte Denkmuster und Vorurteile gegenüber den Aufgaben und Zielen der anderen zu überwinden.

Ich glaube wirklich, dass es Kenntnisse und Fähigkeiten aus beiden Professionen braucht, um da eine gute Zukunft zu entwickeln auch mit den Menschen. Also ich glaube wirklich, dass Menschen, die sich für Jugendhilfe entschieden haben und dort primär arbeiten, immer auch eine andere Sicht der Anforderungen an die Eltern haben und ich glaube, dass Menschen, die in der Psychiatrie arbeiten, eine andere Sicht haben, was wichtig ist auch für diese Eltern, also wo sie vielleicht diese Kinder wirklich auch brauchen und wie man das ermöglicht, dass die eher darüber nachdenken, wie man das ermöglichen kann. Während die Jugendhilfe eher darüber nachdenkt, wie man das beenden kann. Habe ich vielleicht noch ein bisschen so in mir drin, dass das so ist. [00:17:05-6](#)

### **Die eigene Arbeit überprüfen**

Zentrales Instrument der Synchronisation des Problemverständnisses ist die Fallkonferenz, in die Fachkräfte ihre Fälle einbringen können. Dabei geht es oft erst einmal, vor jeder Synchronisation von Problemdefinitionen, um das Fallverstehen selbst. Von den meisten befragten

Fachkräften wurde diese als gute Möglichkeit zur Fallreflexion und – bei längerfristigen Betreuungen – zur Neujustierung der Ziele der Arbeit angesehen.

Das war so eine Frage: Was kann man der Familie überhaupt noch anbieten? Haben wir denn nicht schon alles angeboten was wir anbieten können so in dieser Situation? Fällt vielleicht jemandem noch mal was ein, wo man noch mal einen Blick hin richten sollte, ja und wie kann man diese Familie entlasten (...) Die SPFH meinte: Ich habe gar keinen Arbeitsauftrag mehr, ich komme immer hin und gucke eigentlich noch, was ist hier. Brennt gerade was an? Wie ist gerade die Stimmung, wie geht es hier ab? Das kann ich sicherlich jahrelang machen, aber was ist hier eigentlich mein Ziel, wofür ich hier arbeite. 00:12:19-8

Die multidisziplinäre Besetzung der Fallkonferenz eröffnet dabei für die fallverantwortlichen Fachkräfte oft neue Perspektiven wie folgendes Zitat einer Vertreterin der Jugendhilfe exemplarisch zeigt.

Deswegen wollte ich sagen, es ist schon sehr vielschichtig, und auf jeden Fall ist es als erstes eine Form von Entlastung, in so einer großen Runde, das auch noch mal so vorzustellen und auch aufzuzeigen, was ist das Problem. Und dadurch, dass da auch Kollegen oder Mitarbeiter aus der Psychiatrie sitzen, die einen ganz anderen Blick haben auf so psychiatrische Erkrankungen, die bestimmte Sachen auch einsortieren können. Also das hat auf jeden Fall eine entlastende Funktion (...). Und in diesem Fall ist es einfach besonders schwierig. Das kann man sich auch ganz gut mit ihrer Krankheit erklären. Da muss man gucken, dass man da nicht zu viel immer auf die Krankheit setzt, denn bestimmte Sachen muss sie auch trotzdem irgendwie hinkriegen. Also hat das eine entlastende und auch erklärende Wirkung. Und im Grunde kann man dann Sachen auch mal anders einschätzen. (156-170)

### **Den Austausch suchen**

Insgesamt gibt es die Einschätzung, dass der übergreifende Blick auf die Probleme in der Familie sehr hilfreich ist, um gemeinsame Einschätzungen – als Basis für gemeinsame Strategieentwicklung – zu erarbeiten. Dabei wurde mehrfach von der Jugendhilfe betont, wie hilfreich und notwendig die Kompetenz der psychiatrischen Fachkräfte im Rahmen solcher Beratungen ist.

... wie die Medikamente wirken, also dass man schon ein bisschen mehr Fachwissen auch kriegt über diesen Fall. Natürlich weiß man da vorher, die Familie ist psychisch erkrankt, oder die Mutter ist erkrankt, aber worauf muss ich achten, wo kann ich etwas auslösen, es ist auch so eine Unsicherheit immer, wie sehr kann ich die belasten und nicht belasten. Wie sehr kann ich sie mit Themen provozieren auch sagen, „Hier, das und das geht so nicht!“, damit ich aber auch keinen neuen Schub auslöse. 00:27:00-7

Auch dieser Verlauf der Krankheit, wie sich das äußert. Klar, man hat manchmal Erfahrung damit, aber selber lernt man ja nicht so wirklich viel darüber. Also wie sich das äußert, wie der Verlauf sein kann und so was. Darüber haben wir wenig Ahnung, denke ich mal. Von daher war dieses Gespräch, wie man das am besten erarbeitet, sehr hilfreich. 00:12:50-8

Ebenso wurde mehrfach positiv bescheinigt, dass es in der Fallkonferenz gelang, die Situation der Kinder und die Krankheit der Eltern gemeinsam in den Blick zu nehmen.

Man erlebt ja manchmal, dass die Kollegen, die für die Mutter zuständig sind, mehr aus der psychiatrischen Seite kommen, sehr stark die Mutter im Blick haben und der Mutter helfen wollen, und sich eher dafür einsetzen – ich bringe jetzt ein Beispiel: Man will die Kinder unterbringen und die sagen, nee, die Kinder müssen zurückgeführt werden, so schnell wie möglich zur Mutter, um die zu unterstützen. Das habe ich hier gar nicht erlebt. Das war wirklich ein sehr guter Konsens, wo alle den Blick auf die Kinder hatten, ohne den Blick für die Eltern zu verlieren. Muss ich wirklich sagen, das war gut. (292-301)

### **Zieldifferenzen in den Blick nehmen**

Auch wenn die Synchronisation von Problemdefinitionen ein von Fachkräften beider Systeme geteiltes Ziel ist, gelingt dies nicht selbstverständlich. Die jeweils eigenen Logiken der einzelnen Handlungssysteme geraten durchaus in Widerspruch zueinander. So kann es geschehen, dass die Fachkräfte der verschiedenen Hilfesysteme bei konträren Zielen in Bezug auf Eltern und Kinder Gefahr laufen, ein „Gegeneinander“ aufzubauen.

Ich fand die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt also teils, teils. Man hat dann immer Sachbearbeiter, wo man so das Gefühl hat, mit dem versteht man sich besser, oder also das hat ja auch was persönliches und trotzdem geraten immer wieder diese Rollen total aneinander, in den man ja beruflicherseits steht und die haben eben eine völlig andere Rolle als wir und das hakt sich. (...) wenn das Jugendamt halt die Kinder wegnehmen will und dafür plädiert, die müssen in eine Pflegefamilie, verfolgt man einfach unterschiedliche Ziele. Also mein Ziel ist die Person zu stabilisieren, psychisch, (...) das Ziel des Jugendamtes ist das Kind zu schützen und die (Ziele) laufen halt auseinander, also gerade jetzt auch bei Frau G. bin ich da ganz zwiegespalten, also wenn ich dann bei ihr sitze und ihr zuhöre und sehe was sie sagt, kann ich nachvollziehen wie es ihr geht, jetzt z. B. mit der Pflegefamilie und findet teilweise die Maßnahmen hart, auch wenn sie vom Hilfeplangespräch erzählt und so. Und denke "Hm, das kann doch eigentlich so nicht gehen." Ich kann auch das Jugendamt nachvollziehen. Aber ja ich kann nicht die Position des Jugendamtes übernehmen, also dann kann ich meine Arbeit nicht mehr machen, das ist irgendwie .... Und in dem Moment, wenn das Jugendamt dann sagt, so die Kinder müssen da jetzt aber raus und wir verfolgen jetzt das Ziel Pflegefamilie, ist das konträr. Dann geht das auseinander. 00:23:01-8

Genau diese Ambivalenz, dieser Spagat im Spannungsfeld von „Parteilichkeit“ zur Mutter als Patientin und der Verantwortung gegenüber den Kindern steht im Mittelpunkt des Projektes. Daher wird in mehreren Interviews darauf hingewiesen, dass der Versuch der interdisziplinären Abstimmung ein sensibles Geschäft sei, welches den Eltern gegenüber stets transparent gemacht werden müsse. Während die Jugendhilfe zentral das Wohl der Kinder im Auge haben und darauf bezogen seine Angebote auch und vor allem für Eltern konzipieren muss (gleichsam in fremdnütziger Perspektive für die Kinder), steht in der Psychiatrie vor allem der zu behandelnde Patient/die zu behandelnde Patientin im Vordergrund. Genau in dieser Hinsicht gilt es zum einen die jeweilige Perspektive des eigenen Handlungssystems selbstbewusst zu vertreten und zum anderen die Perspektiven des anderen Handlungssystems zu integrieren. Eine Vertreterin der Psychiatrie bringt das wie folgt auf den Punkt:

Ja, ich bekenne mich, dass ich parteilich für meine Patienten bin und ich finde auch, dass das Jugendamt parteilich für die Kinder ist, also oder die Jugendhilfe und das sollte auch so sein und das finde ich auch gut und richtig so. Und trotzdem heißt das noch lange nicht, dass man sich bekämpfen oder bekriegen muss, sondern dass man hervorragend gemeinsame Lösungen ausarbeiten kann, indem man versucht sich besser zu verstehen. Also mir ist deutlich geworden, also woher auch der Druck der Jugendhilfe kommt. Die haben eben nicht zwei Jahre. Also ich finde zwei Jahre, jemand stabilisiert sich mit einer Borderline-Störung, ist super, ist schnell. Dass die Jugendhilfe dann sagt "Zwei Jahre können wir bei einem Kind bei einer Borderline-Patientin nicht warten", wird mir auch zunehmend klarer. Also was für mich schnell ist, ist für die Jugendhilfe sehr lang. 00:02:36-6

### **Veränderungen auf beiden Seiten**

Die gemeinsamen Fallberatungen haben nach Ansicht vieler Interviewpartnerinnen und Interviewpartner einen deutlichen Zugewinn an Verständnis und Wissen bei den beteiligten Akteuren erbracht. Eine Mitarbeiterin der Jugendhilfe betont:

Wissensbestände der Akteure, die direkt einbezogen sind, haben sich sicherlich verändert. Also das merkt man auch bei den Fallkonferenzen, wo z. B. auch von der Psychiatrie wirklich auch Kinder jetzt mit bedacht werden von den Kolleginnen und Kollegen, die da sind, und dass es möglich ist, gemeinsame Verständigung hinzukriegen und dass es bei uns auch möglich ist zu akzeptieren, also mit der und der Erkrankung steht erst mal ein ganz anderer Behandlungsablauf an, da brauchen wir mit unseren Vorstellungen (...) gar nicht kommen, weil da andere Dinge im Vordergrund stehen. Das ist sehr hilfreich, weil das auch vor Überforderung, egal welches System, dann auch schützt. Da hat sich schon was verändert. 00:12:23-0

Das Projekt hat in dieser Hinsicht eine deutliche Sensibilisierung erbracht, die allerdings auch dazu führt, dass es den Fachkräften schwer gemacht wird, Widersprüche und Ambivalenzen, die sich durch die Probleme der Familie ergeben, nach einer Seite – im Sinne des Auftrags der eigenen Institution – aufzulösen. Insofern schafft eine solche Sichtweise neue Belastungen und neue Herausforderungen an die Wahrnehmung der eigenen professionellen Rolle.

Ja und ich bin da auch ambivalent, also ich versuche jetzt teilweise ein bisschen mehr auch noch zu

problematieren, also was tun sie ihren Kindern an, aber das kann ich auch nur in gewissen Maße machen, ich will sie ja nicht völlig destabilisieren. 00:24:23-1

Das ist denke ich, wenn wir jetzt auf das Projekt zugreifen wollen, ist es sicherlich noch ein bisschen verbessert worden, aber es hat sich für mich so in meiner persönlichen Meinung hat sich ein ziemlicher Graben aufgetan, der damit zu tun hat, dass meine Mitarbeiter sehr viel stärker sensibilisiert worden sind für die Belange der Kinder und Jugendlichen, versuchen möglichst Lösungen zu finden und also sagen wir mal so, das Mandat hat sich ein bisschen verlagert. Das Mandat ist für unsere Sozialarbeiter in der ambulanten Wohnbetreuung nicht mehr nur der psychisch kranke Mensch, sondern sie empfinden auch kleine Kinder als ihre Mandanten, in gewisser Weise, mehr als zuvor. Zuvor war immer "wenn ich dem jetzt das Kind wegnehme, dann bricht da alles völlig zusammen". Jetzt ist es so "wenn ich jetzt nicht dafür Sorge, dass da Hilfen installiert werden oder dieses Kind vielleicht sogar aus der Familie kommt, dann passiert dem Kind was". Das ist, finde ich einerseits gut, andererseits macht es das schwer, wenn dann z. B. Beziehungsabbrüche stattfinden, weil jemand das nicht zulassen kann. D. h., die Mitarbeiter sind mehr als je zuvor in so einer Dissonanz, müssen immer abwägen "was passiert, wenn ich das jetzt tue", brauchen auch mehr Supervision oder kollegiale Beratung dazu, also wo wir einfach die Sachen auch dann besprechen "was ist denn, was würde passieren wenn, wie können wir das mit demjenigen thematisieren". 00:09:18-3

Ein immer wieder angesprochenes Problem ist allerdings, dass die hier genannten positiven Aspekte eher auf der Ebene des multiprofessionell beratenen Fallverstehens angesiedelt sind. Eine „echte“ Synchronisation kommt oft deshalb nicht – zumindest nicht im Rahmen der Fallkonferenz selbst – zustande, weil es zu selten gelingt, alle fallbeteiligten Akteure zu dieser Konferenz zusammen zu bekommen (vgl. Pkt. 3.7). Manchmal zündet die Idee aber auch erst im Nachgang zur Fallkonferenz, wenn die fallbeteiligten Akteure zu einer gemeinsamen Beratung zusammenkommen. So zeigte sich in einem Interview die Fallkonferenz als gute Grundlage für ein anschließendes Gespräch in der psychiatrischen Klinik in Gütersloh.

Er (der behandelnde Arzt, d. V.) hat auch einen Bericht bekommen, einen recht ausführlichen und da merkte man erst mal so, dass er meine Rolle jetzt plötzlich verstand, was in der Familie alles schon bewegt wurde im Laufe der Jahre, was für eine Gratwanderung da war und was für einen Belastungsgrad die Eltern auch haben, aufgrund der beiden Erkrankungen der Kinder. Ich glaube, das war dem Arzt vorher so überhaupt nicht bewusst, obwohl ich ganz oft ja mit war und auch immer wieder das rein gebracht habe, um den Arzt zu informieren. Aber die Tragweite, was das für die Familie bedeutet, vor allen Dingen für seine Patientin, glaube ich, hatte er bis zu dem Zeitpunkt nicht fassen können. 00:28:40-9

**Zusammenfassend** muss festgehalten werden, dass von allen Beteiligten die Synchronisation des Problemverständnisses als sehr wichtig bezeichnet wurde. Aus den interdisziplinären Fallkonferenzen ergaben sich für die Beteiligten zumeist eine ganze Reihe neuer Perspektiven, die daraus resultierten, dass man sich mit der Sichtweise der anderen Systeme auf das Problem der Familie auseinandersetzte. Alle befragten Fachkräfte berichteten von erheblichen Fortschritten hinsichtlich einer Perspektivenerweiterung auf die Handlungspflichten und Handlungsmöglichkeiten des jeweils anderen Systems. Das systematische Mitdenken des jeweils anderen Systems, der Austausch von Sichtweisen und damit der kritische Rückblick auf die eigene Arbeitsweise wurde von allen befragten Fachkräften als sehr fruchtbar bezeichnet. Dabei zeigt sich aber auch, dass sich Zieldifferenzen und unterschiedliche Handlungsaufträge zwar transparent machen lassen, aber nicht automatisch zu harmonisieren sind. Die Begrifflichkeit der Synchronisation von Problemsichten ist vor dem Hintergrund gut gewählt, da es nicht um Vereinheitlichung oder „Gleichschaltung“ gehen kann, sondern um die Identifizierung von Sichtweisen, die sich möglicherweise widersprechen und die den betroffenen Eltern und Kindern paradox erscheinen müssten – was einem Ausspielen der Hilfesysteme gegeneinander Vorschub leisten könnte. Insofern geht es immer darum, für alle Beteiligten eine gute Balance zu finden, ihre Arbeit professionell gut zu machen, die Perspektive des jeweils anderen Systems aber dabei jeweils (akzeptierend) mit einzuschließen. Allerdings blieb dieser Ansatz sehr oft in seinen Anfängen stecken, da nicht immer die direkt handelnden Akteure aus der Psychiatrie in der Fallkonferenz mit beteiligt waren. Insofern kam es oft zu keinen echten Synchronisationen von Problemdefinitionen, sondern nur zu mittel-

baren Eindrücken (über die anwesenden Vertreterinnen und Vertreter der anderen Disziplin). Diese mittelbaren Eindrücke mussten im sich anschließenden fachlichen Alltag erst mit den beteiligten Akteuren der anderen Disziplin verhandelt werden. Dies gelang – wie das zitierte Beispiel zeigt – zwar in einzelnen, nicht aber in allen Fällen befriedigend.

Die Schlussfolgerungen aus den Rückmeldungen zu diesem Ziel sind vor diesem Hintergrund, dass im weiteren Verlauf des Projektes stärker die handelnden Akteure selbst an einen Tisch gehören, um die mittelbare Synchronisation des Problemverständnisses in eine unmittelbare zu verwandeln.

### **3.3 Projektziel: Synchronisation von Hilfeansätzen**

Das Projektziel „Synchronisation von Hilfeansätzen“ stellt den Kern des Projektes dar. Es geht hierbei darum, sicher zu stellen, dass Handlungsstrategien nicht dort abreißen, wo die Handlungsmöglichkeiten des eigenen Handlungssystems aufhören. Es gilt, die Aufträge und Verfahrensweisen der anderen Hilfesysteme in die eigenen Planungen mit einzubeziehen. Durch eine solche Sichtweise soll einerseits vermieden werden, dass durch die einzelnen helfenden Institutionen je eigene, möglicherweise unverträgliche oder gar widersprüchliche Ziele für die Adressatinnen und Adressaten formuliert werden und sich so die Bemühungen der helfenden Fachkräfte gegenseitig aufheben oder blockieren. Andererseits soll dadurch auch gewährleistet sein, dass keine (vermeidbaren) Lücken zwischen den Hilfesystemen entstehen in der Annahme, dass bestimmte Notwendigkeiten vermeintlich zu den Aufgaben der jeweils anderen gehören. Insgesamt geht es also im Sinne der Realisierung von Synergieeffekten um eine Verbesserung der Arbeit der helfenden Fachkräfte und damit um eine Erhöhung der Qualität der Dienstleistungen gegenüber den Familien und einzelnen ihrer Mitglieder.

#### **Warum Koordination von Handlungsstrategien?**

Zu dieser Frage eine etwas ausführlichere Äußerung einer Mutter selbst, die die Notwendigkeit der Koordination und Absprache der Hilfesysteme deutlich betont und deutlich macht, wie sehr sie eine gute Koordination zu schätzen weiß:

Und in der Klinik gab es dann auch noch mal eine große Runde mit allen Helfern, weil ich dann auch noch gesagt habe, dass irgendwas schief läuft. (...) Und dieser Prozess, da hab ich halt gesessen in der Runde und habe gesagt: stopp, hier muss irgendwas passieren, was mir wieder Vertrauen gibt. Und da habe ich mich entschlossen, erst mal mit Familie S. zu sprechen und dann mit Familie M., um klarzukriegen, wo da die Unterschiede sind, wo die Vorteile, wo die Nachteile sind, damit ich das übereinkriege und vergleichen kann. Das war jetzt so der Knackpunkt mit dem Jugendamt. Das Jugendamt, also speziell jetzt auch Frau N., ist natürlich geschult in solchen Dingen und weiß genau, wo es langgeht. Und ich als Laie weiß natürlich nicht, wo es langgeht. Und von daher war ich da heilfroh, dass mir auch die Zeit gegeben wurde und der Spielraum das nachzuvollziehen. Also da war halt so eine Diskrepanz. Und das war wirklich so – ja, ich war froh, und da hat mir auch die Klinik sehr geholfen. Und da kommt es halt auch sehr auf den Sozialarbeiter in der Klinik an, weil, das war Frau F., und die hat sehr gut koordiniert zwischen den einzelnen Helfern, dass wir eine große Runde gemacht haben, dass gesagt wurde, so, jetzt wird mal hier auf den Tisch gelegt, was ist hier los, wo geht's lang, wo hakt es und wo kann es weitergehen. (...) Also das ist auch das, wo ich sage, das ist das A und O. Wenn man in der Klinik ist. Dass man halt Leute hat, die noch den Durchblick haben und die auch erfassen können oder auch mitbekommen, wo es hakt. Weil oftmals als psychisch Kranke weiß man zwar, dass es irgendwo hakt, aber man weiß nicht wo. Und da ist es halt ganz wichtig, dass Gespräche stattfinden, auch in der großen Runde, und dass dann geguckt wird, okay, wie sieht die Situation aus, warum hakt es, was kann sein oder woran kann es liegen (...). (493-500)

Ja. Und die Sozialarbeiterin in der Klinik ist ganz wesentlich, also ganz schwerpunktmäßig wichtig, weil, also wie die Frau G. das koordiniert hat, das fand ich genial. Also die hat wirklich eine Erfahrung. Also man kann nicht von Klinik auf Klinik schließen, sondern es kommt wirklich auf die Sozialarbeiterin an. Und von daher finde ich, ist es ganz wichtig, dass man jemanden hat, der da Profi ist und der weiß, wie man das ganze koordiniert. (597-602)

Solche Koordinationen, wie sie hier von einer Mutter beschrieben werden, sind allerdings keinesfalls selbstverständlich. Oft gibt es ein Nebeneinander, bei dem spezifische Aspekte

familiärer Bedarfslagen verloren gehen können. So berichtet eine Mitarbeiterin aus den ambulanten Hilfen:

(Früher) da gab es auch eine Phase, da hat sie (die Mutter, d. V.) auch eine Therapie gemacht. Hat das aber ganz stark für sich genutzt und hat dann ganz klar gesagt „Gut, ich bin jetzt hier an Nummer 1 und die Kinder spielen jetzt erst mal keine Rolle.“ Das war so bisschen kontraproduktiv bezogen auf die Erziehungshilfe, weil was natürlich auch klassisch in so einem Therapieprozess ja auch ist, dass sie für sich erst mal guckte „Jetzt muss ich meine Sachen regeln“ und dabei aber die Kinder ein bisschen aus dem Blick verlor. 00:25:24-5

Genau solche Ungleichzeitigkeiten sollten durch das Projekt vermieden werden, da sich die einzelnen Hilfesysteme auch auf unterschiedliche Bedürfnisse und Hilfebedarfe von Adressantinnen und Adressaten richten und es gilt, diese gleichzeitig im Blick zu behalten. Deshalb hier wieder ein Ausschnitt aus dem Interview einer Mutter, die bestätigt, wie wichtig ihr während der Krankheit auch eine angemessene Betreuung der Kinder ist:

Ja, ich erlebe, dass meine Interessen wirklich auf den Punkt gebracht werden. Also ein Teil wäre vielleicht noch, den ich auch wichtig finde, die Kinder mehr einzubeziehen. (...) Also wegen meiner Erkrankung, den Kindern meine Erkrankung zu erklären und ihnen auch zu erklären, warum ich jetzt Medikamente nehme. Oder dass die Kinder, wenn es mal wirklich zu einem Rückfall kommt, auch die Anzeichen verstehen, die zu meiner Erkrankung dazugehören. Das fällt mir jetzt auch spontan ein, wo ich Schwierigkeiten habe. (222-249)

### **Gelingende Kooperation als Voraussetzung guter Arbeit**

Bevor in den nächsten Abschnitten eher auf Kooperationshemmnisse und Wege ihrer Überwindung eingegangen wird, einige Beispiele für das Gelingen von Kooperationsprozessen zwischen den Systemen aus den Erfahrungen von Teilnehmenden der Fallkonferenz:

Also die Kooperation klappt gut zwischen der Erziehungshilfe und der Frau I. als ambulante Wohnbetreuerin, und die hat ja auch den Kontakt zur Therapeutin, die Frau G. derzeit hat. Den Kontakt hab ich so nicht, weil, das denke ich, ist auch jetzt nicht erforderlich. Was diese Kooperation betrifft, beziehe ich mich eben auf Frau T. und Frau L.. Mit den beiden kooperiere ich im Moment. (267-275)

Ja, ich weiß es aus zwei Bereichen, aus dem Erwachsenenbereich wird eine Patientin, die vorgestellt wurde, und da sind die hinterher ganz konkret ambulante Erziehungshilfe abgelaufen, Notfallpläne abgelaufen, das hat funktioniert, ganz konkret und bei einer anderen Patientin ging es um die Planung was passiert mit dem jetzt noch ungeborenen Kind, welche Hebammen, welche Finanzierungen da laufen können, das ist auch ganz konkret gelaufen und dann auch ganz konkret hinterher dann umgesetzt worden. 00:03:36-8

Also ich weiß, dass jetzt z. B. ich morgen jemand entlasse, die wird durch die ambulanten Erziehungshilfen begleitet und da findet natürlich morgen auch ein Abschlussgespräch mit der Kollegin von den ambulanten Erziehungshilfen statt. 00:17:54-8

Die Kooperation reicht in Einzelfällen so weit, dass es gelingt ein koordiniertes Schutzkonzept für die Kinder im Zusammenspiel der Institutionen miteinander zu vereinbaren.

Ich weiß, dass das in Einzelfällen, wo es eben Aufenthalte von Elternteilen in der Tagesklinik gibt, dass das schon ganz gut läuft, also die sind ja auch hier in Halle, dass man sich dann schon zusammensetzt und das weitere Vorgehen abspricht. Ich hatte eine andere Familie, habe ich auch schon mal in der Fallkonferenz besprochen, da gab es schon den Austausch mit der Tagesklinik, auch in Richtung Schutzkonzept. Da gab es zwei Elternteile, die psychotische Phasen hatten und da haben wir wirklich zusammen das erarbeitet, wie kann das gehen, wie kann man Psychiater, Tagesklinik soweit mit einbinden in das Schutzkonzept, dass das funktioniert. Da ist klar, sag ich mal, von medizinischer Seite können wir das nicht abdecken und wahrnehmen. 00:38:45-8

### **Jemand muss „den Hut aufhaben“**

Bei all diesen Fragen der Koordination und Synchronisation stellt sich immer wieder die Frage, wer bei der Koordination der Hilfsangebote „die Fäden in der Hand“ behält. Es geht dabei um die Verantwortung für die Fallkoordination insbesondere dann, wenn Kooperationsab-

sprachen nicht eingehalten werden können oder wenn sich ungeplante Entwicklungen einstellen. Bedingt durch den weiteren Handlungsauftrag waren es im Projekt meist die Fachkräfte der Jugendhilfe insbesondere des Bezirkssozialdienstes, die sich in der Verantwortung sahen, Handlungsstrategien zu koordinieren oder abgesprochene Handlungsstrategien im Auge zu behalten.

Also den Hut hab ich auf. Wenn ich der Meinung bin, hier müsse unbedingt ... – also dann rufe ich die Leute an und frage, und wir sprechen auch gemeinsam ab und sagen, ist es vielleicht erforderlich, dass wir uns alle noch mal an einen Tisch setzen. Also das kann ich anregen, und wenn ich das Bedürfnis habe, dann lade ich einfach alle ein. (279-282)

Mitunter wird diese Koordination allerdings auch von den Fachkräften der ambulanten Erziehungshilfen übernommen, da diese im Prozess der Begleitung näher an den Familien sind und daher auch eher mitbekommen, wann und wobei ein Koordinationsbedarf besteht.

### **Synchronisation der Handlungsschritte als Herausforderung**

Allerdings haben sich im Projekt auch eine Reihe von Reibungspunkten und Hemmnissen ergeben. Im Besonderen muss festgehalten werden, dass es nicht in allen Fällen tatsächlich zu einer interdisziplinären Absprache der handelnden Fachkräfte gekommen ist. Mehrfach gingen die Vertreterinnen und Vertreter der Jugendhilfe aus der multidisziplinären Fallkonferenz heraus mit dem Auftrag, die dort erarbeiteten Ergebnisse an die Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrie weiter zu vermitteln. Abgesehen davon, dass dies nicht als interdisziplinäre Fallabstimmung im Team bezeichnet werden kann, gibt es bei diesem Verfahren auch immer Informationsverluste und neue Einschätzungsdifferenzen. So sehen möglicherweise die Fachkräfte der Psychiatrie den Fall ganz anders – haben ihre Sicht aber nicht in die Konferenz einbringen können.

Im Folgenden sollen einzelne Kooperationshemmnisse charakterisiert werden, die allesamt weder die Kooperation in Frage stellen noch sie unmöglich machen, aber als Hindernisse zu sehen sind, die es auf dem Weg zum Projektziel „Synchronisation von Handlungsstrategien“ zu überwinden gilt.

#### *Kooperationshemmnis: Unterschiedliche Aufträge und Handlungsziele*

Ein besonderes Problem der Koordination der Hilfeansätze liegt in den unterschiedlichen Handlungsaufträgen. Eine Psychiatriemitarbeiterin bringt dies auf den Punkt. Hierzu einige Interviewpassagen aus dem Gespräch:

Die Ziele sind einfach unterschiedlich. Das Jugendamt muss sich die Kinder betrachten, ich bin für die sozusagen eher für die Mutter dann da z.B. und da gibt es eben nicht immer Überschneidungen. Die Kooperation sehe ich dann eher darin, dass da eben jede Seite ihre Sache deutlich macht oder noch mal erklärt (...) 00:41:44-5

Man hat versucht sich abzusprechen, weil man das Gefühl hatte, man hatte ein ähnliches Ziel, und immer wieder kommt man aber an Punkte, wo man feststellt, man hat doch nicht das gleiche Ziel und ich glaube teilweise bleibt die eine Mitarbeiterin in dem anderen Fall, fühlt sie sich dann teilweise auch wieder von uns wieder in den Rücken gefahren. 00:30:53-5

Also, ich kann verstehen, warum das Jugendamt so handelt, aber dann merke ich, das geht eben einfach da gehen die Rollen per se auseinander. Also wo ich dann denke, also das ist nicht so, dass ich das nicht verstehen kann, dass die das machen, aber wo soll da die Kooperation sein, die ist dann einfach aus der Sache heraus nicht möglich. Also dann wird irgendwann deutlich, dass alle eben unterschiedliche Aufgaben haben und ihre Aufgaben verfolgen, das wird irgendwann dann ganz klar deutlich und dass Kooperation vielleicht nur auf gewissen kleinen Dingen überhaupt möglich ist. 00:38:42-6

Im Zuge der Interviews kamen aber auch immer wieder professionsspezifische Probleme der Kooperation zur Sprache. Allein die unterschiedliche Terminologie innerhalb beider Bereiche mache eine einfache Verständigung nicht immer leicht.

Also bis ich verstanden habe die Unterschiede zwischen Hilfeplanung im Bereich der Jugendhilfe und dem Bereich der ambulanten Psychiatrie, das hat einiges gedauert, das ist das gleiche Wort für sehr

unterschiedliche Prozesse war oder im welchen Rahmen auch die, die Tagesklinik so funktioniert, also wie viel Freiräume es da gibt, wo aber auch Grenzen sind und so, da hat es eine Menge Zugewinn gegeben, da auch das ein Stück mehr mit einzubeziehen, was da so passieren kann. 00:13:09-5

#### *Kooperationshemmnis: Ungleiche regionale Infrastruktur der Handlungssysteme*

Ein Problem der Kooperation sei – nach Ansicht mehrerer befragter Fachkräfte – die Tatsache, dass die Psychiatrie nicht so ortsnah und nicht nach den gleichen Kriterien organisiert sei wie die Jugendhilfe. Die Klinik in Gütersloh sei sehr weit entfernt von Halle und die Regionalstelle in Halle sei nur eine von mehreren Regionalstellen (ganz abgesehen davon, dass es im Einzugsbereich der Klinik auch noch mehrere Jugendämter gibt). Wenn man sich hier Kooperationspartnerschaften erschließen wolle, heiße das „dicke Bretter bohren“ zu müssen.

Also wir haben das versucht, ich habe das versucht, habe dann noch mal nach diesem Gespräch, das war dann, also wo wir auch ganz klar sagten: So und jetzt, da haben wir ja SPFH ja da reingesetzt, jetzt wollen wir das Gespräch mit der Ambulanz. Das war anfangs auch sehr schwierig, weil ich den Eindruck hatte, dass sich der Arzt auf die Füße getreten fühlte, so nach dem Motto: Sie zweifeln hier meine Fachlichkeit an. Nachdem wir ihm aber erklärt haben, worum es uns eigentlich geht, den Hintergrund dieser belasteten Familie, dass er den kennt und da auch darüber Bescheid weiß, auch was mit dem Ehemann ist, welche Schwierigkeiten der mit der psychischen Erkrankung auch hat, der die gar nicht wahrnimmt, also nicht realistisch wahrnimmt, was das ausmacht mit dem Alltag von Frau P., da war er ein bisschen offener. 00:18:11-2

Sehr betont wird allerdings, dass sich der Kontakt zur Tagesklinik – wohl auch aufgrund der regionalen Angebundenheit – deutlich positiver darstelle. Hier gebe es z. T. auch eine persönliche Bekanntheit der Fachkräfte untereinander, so dass sich Kooperationsbezüge wesentlich schneller herstellen ließen. Die Psychiatrievertreterin aus der Fallkonferenz rät aber auch gegenüber anderen psychiatrischen Einrichtungen zu einem offensiveren Vorgehen.

Das ist das was ich meinte, mit den Erziehungshilfen, die Leute habe ich ganz oft gehört "jetzt mache das doch, nun rufe da doch an" und die haben angerufen und haben es gemacht und haben alle durchweg positive Erfahrung. Eine Rückmeldung war dann immer "ich hätte mich nie getraut in der Klinik anzurufen" und da meinte ich "warum denn nicht?", "ja, hätte ich überhaupt nicht daran gedacht", da meinte ich "ja, aber warum denn nicht, ihr wollt doch was wissen, ihr beschwert euch immer, dass ihr keine Ergebnisse bekommt und nicht mit einbezogen werdet, aber ihr ruft nicht an oder macht keinen Schritt". (...) Also, ich würde bei jedem der stationär ist, also wenn ich Jugendhilfe wäre, würde ich jedes Mal wenn mein Klient oder die Eltern des Klienten in der Klinik sind, anrufen und bitten an den runden Tisch zu kommen. 00:13:47-8

#### *Kooperationshemmnis: Abwehr von Kooperationswünschen*

Eine Sozialarbeiterin aus den ambulanten Erziehungshilfen berichtet über Schwierigkeiten, mit Vertreterinnen und Vertretern aus dem Psychiatriesystem in ein kooperatives Gespräch zu kommen, und erklärt sich diese aus dem besonderen Behandlungsauftrag der Psychiatrie, der auch ein hohes Maß an Vertrauen erfordere:

Ja, also das hatte ich in der Vergangenheit auch so. Ich sag das jetzt mal so flapsig: die halten sich da dezent zurück, die Therapeuten der psychisch Kranken, und, ich weiß auch nicht, ob sie da in so einer Haltung – das ist jetzt alles ein Patientengeheimnis und da dürfen wir nicht mit raus, und das mache ich nur mit meinen Patienten hier zusammen –, also die haben eine sehr parteiliche Sicht, und das finde ich in dem Kontext, wenn man dann auch auf die Kinder guckt, das finde ich dann nicht unbedingt hilfreich. (...) Und da würde ich auch wünschen, dass man da ein bisschen offener ist. Aber es ist vielleicht auch schwierig, da seiner Rolle treu zu bleiben. Letztendlich ist es ja ihre Aufgabe, da unterstützend und parteilich den Patienten zur Seite zu stehen. Und es ist vielleicht schwierig für deren Arbeit, wenn da auch so kritische Sachen in so einem Gespräch benannt werden. Dass die auch Sorge haben, dann kommt der nicht wieder oder so. (309-321)

Umgekehrt wird aber auch die Jugendhilfe von der Psychiatrie nicht immer als sehr kooperationsfreudig erlebt.

Also, wenn dann ein Beratungsbedarf jetzt mit der staatlichen Jugendhilfe besteht, ist es... Ich weiß nicht ob es wirklich was mit der Personalsituation zu tun hat, die offensichtlich sehr angespannt ist

oder ob es doch was Persönliches ist, nach Abwehr von diesen psychisch Kranken, die so schlecht zu händeln sind. Wenn man dann hingehet und eine Beratung möchte, dass die so nicht zustande kommt. 00:10:51-0

Oft sind es aber auch (vereinzelt) negative Erfahrungen von Fachkräften beider Systeme in der Vergangenheit, die wechselseitige Vorbehalte begründen. Dabei haben unglücklich verlaufene Kooperationsprozesse häufig eine länger nachklingende Wirkung, indem sie sich zu verfestigten wechselseitigen Vorurteilen verdichten, obwohl die handelnden Personen der negativen Kooperationserfahrung möglicherweise schon gar nicht mehr an ihrem alten Platz arbeiten. In solchen Fällen erweist es sich nicht selten als schwierig, zu einer Synchronisation der Handlungsstrategien von Jugendhilfe und Psychiatrie zu kommen.

#### *Kooperationshemmnis: Mangelnde Kontinuität und Zuständigkeitswechsel*

Die Fluktuation von Fachkräften und ein häufiger Zuständigkeitswechsel (durch Personalwechsel, Veränderung der Hilfesettings, Krankheit, Urlaub etc.) stellen bekanntermaßen ein großes Problem für den Aufbau und Erhalt von Hilfenetzwerken dar. Davon ist auch das Projekt nicht verschont. In einem Fall fanden die Interviews der wissenschaftlichen Begleitung drei Monate nach der Fallkonferenz statt und von den fallbringenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fallkonferenz war niemand mehr im Fall tätig. Die Interviews fanden jeweils mit deren „Nachfolgern“ in der Betreuung statt.

Auch wenn es gelingt, Problemdefinitionen zu synchronisieren, heißt das nicht, dass es auch zu synchronisierten Handlungsstrategien kommt. So berichtet eine Familie davon, dass das Jugendamt und die Psychiatrie über sehr lange Zeit nicht miteinander kooperiert habe und sich jeweils darauf verlassen hätten, dass der jeweils andere an dem Fall dran sei. Auch durch die Fallkonferenz konnte diese unbefriedigende Situation noch nicht wirkungsvoll aufgehoben werden.

Dann war die Frau T. vom Jugendamt hier, hat sich mit ihm unterhalten und die hat uns dann die Frau E. (Sozialpsychiatrischer Dienst, d. V.) empfohlen. (...) Im Weiteren (...) haben die eigentlich nicht weiter gar nicht zusammen gearbeitet, dann. 00:03:09-9 (...)

Verbesserungsmöglichkeiten einfach so (...) ab und zu mal monatlich oder so was mal ein bisschen so nachhaken so, "wie ist denn, wie läuft es denn" usw. (...) Wie gesagt einfach mal so wirklich von Anfang an, wenn der erste Kontakt mit dem Jugendamt da ist so, dann gesagt wird "so die und die Ärztin oder so etwas oder die Frau E. kommt dann" und dann immer noch mal nachzufragen "wie läuft es denn und so", von Anfang an und nicht erst irgendwann, wenn es so droht so zu kippen, und einfach von Anfang an schön den Kontakt pflegen und halten. 00:45:47-0 (...) die Frau T. hat mir einfach nur die Nummer von Frau E. gegeben und dann habe ich nie was wieder gehört. 00:45:52-6

Aber auch in einem Fall, wo sich die Kollegin der öffentlichen Jugendhilfe nach einer akuten Krise und Klinikeinweisung einer Mutter mit der Klinik (in Gütersloh) in Verbindung gesetzt hat, um Absprachen zu treffen, liefen Koordinationsbemühungen aufgrund ständiger Arztwechsel nicht immer reibungslos. Auf die Frage an die Bezirkssozialarbeiterin, wie die Kooperation mit der Psychiatrie war, entgegnete diese:

Schlecht. (...) also als ich hörte, die ist in der Klinik, habe ich sofort auf Station angerufen und habe gesagt: "Hier, ich, wir betreuen die Familie. Ich würde ganz gerne, wenn es soweit ist und Frau P. ansprechbar ist, mich gerne beteiligen." Wir haben eine SPFH in der Familie und da hieß es anfangs immer: "Nein, nein, nein, also das ist ganz schwierig." Sie ist noch nicht belastbar genug und ich habe dann mindestens vier- oder fünfmal auf der Geschlossenen angerufen, kriegte immer nur die Rückmeldung: ist ganz ungünstig, ist ganz schwierig im Moment geht das nicht. Dann kam sie auf die offene Station. Auf der offenen Station habe ich dann wiederum angerufen: "Ach, gut, dass sich mal einer meldet. Wir wissen so wenig über den Hintergrund und wir müssen hier mal ins Gespräch kommen." Dann habe ich auch sofort einen Termin gemacht, (...) Das war eigentlich ein ganz gutes Gespräch, aber kurz darauf ist sie dann wieder geschlossen untergebracht worden und dann hatte ich dasselbe Spielchen wieder, deswegen kein Gespräch möglich war, weil die nicht belastbar genug ist. Interessanterweise ist ihr jetziger behandelnder Arzt der Arzt, der sie auch auf der geschlossenen betreut hat. 00:16:18-6

### *Kooperationshemmnis: Schwierigkeit, alle „an einen Tisch“ zu bringen*

Mitunter war es nicht möglich, die Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrie zeitnah einzubeziehen. So war in einem Fall der in der Fallkonferenz abgesprochene Einbezug der Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes (mit Ausnahme eines Telefongesprächs mit der Mutter) auch 10 Wochen nach der Fallbesprechung (zum Zeitpunkt der Interviews) noch nicht zustande gekommen. Die Mutter dazu:

... weil die sagte nämlich, dass sie jetzt über Ostern nicht da ist, dann hat sie selbst eine Kur. Ich glaube wir sind im Termin Ende März oder Anfang April sogar. 01:32:14-9

Auch in einem anderen Fall wurde berichtet, dass die notwendige Kontinuität für die Familie durch Krankheit einer Fachkraft und unregelmäßige und von der Familie nicht akzeptierte Vertretung nicht gewährleistet war und es aus diesem Grund (vor Einrichtung der Fallkonferenzen beginnend und in der Projektphase anhaltend) zu einer Verschleppung und Verschärfung sowohl der Krankheitssymptome als auch der sozialen Situation des Kindes gekommen sei. Eine weitere Familie berichtete im Interview, dass es keinerlei Kontakt zwischen der behandelnden niedergelassenen Ärztin und dem Jugendamt gebe.

### *Kooperationshemmnis: Mangelnde Konkretisierung der Absprachen in der Fallkonferenz*

In einem der untersuchten Fälle wurde eine Fachkraft der ambulanten Erziehungshilfe etwas pointierter befragt, wie denn nun die gemeinsame Strategie von Jugendhilfe und Psychiatrie angesichts der Probleme der Familie aussehe. Sie antwortete, dass es eine wirklich abgestimmte, koordinierte Strategie nicht gebe, sondern dass man eher allgemein im Kontakt sei. Auch eine Vertreterin aus dem Bereich der Psychiatrie meldet hier eher Bedenken hinsichtlich des Gelingens der Entwicklung gemeinsamer Handlungsstrategien an:

Für mich gab es teilweise eben gar nicht so ein konkretes ... Also ich hatte so das Gefühl, da geht jeder raus, jeder nimmt da so irgendwie, es war vielleicht für eine Sichterweiterung gut, aber es gab da jetzt keine konkrete Handlungsanweisung. Also für mich wird im Nachhinein war das so was Übergeordnetes, wo sich also Leute, die die Frau eben teilweise auch gar nicht kannten, diesen Fall angehört haben und da so, sag ich mal ihre Sicht der Dinge dazu gegeben haben, dann hat man das alles so gegenseitig beleuchtet und dann ist irgendwie, ich weiß nicht. [Frage: Gab es einen konkreten Handlungsvorschlag?] Da müsste ich noch mal ins Protokoll gucken. 00:26:43-9

An solchen Umsetzungsproblemen ist nach Ansicht einiger Interviewpartnerinnen und -partner auch die Art der Fallkonferenz nicht ganz unbeteiligt. Es sei dort immer ein sehr eng gesteckter Rahmen vorhanden und es seien auch nicht immer alle Leute am Tisch gewesen, die sich abstimmen müssten.

Was ein bisschen kurz gekommen ist, ist das Resümee. Das war vielleicht auch ein Moderationsproblem. Es war zum Schluss so ein bisschen hoppla hopp, jetzt müssen wir aber hier fertig werden, es kommt ja schon gleich der Nächste, und die letzte Runde, noch ein bisschen, was ja man in der kollegialen Beratung auch hat, noch ein bisschen Handwerkszeug, das kam ein bisschen zu kurz. Es war eine sehr gute Runde, von Einschätzung, wie wirkt das auf jeden Beteiligten, auch was für Emotionen kommen da hoch, das fand ich auch ganz klasse, daran teilnehmen zu dürfen. Und die letzte Runde, das wäre ja dann vielleicht gewesen: "Was können wir konkret tun? Wie kann man den Auftrag konkret anders formulieren?", ist in meiner Erinnerung ein bisschen kurz gewesen. (199-208)

**Zusammenfassend** lässt sich festhalten, dass das Ziel der Synchronisation von Handlungsansätzen sehr hoch gesteckt ist. Es haben sich viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beider Systeme auf den Weg gemacht, hier Fortschritte zu erzielen. Von allen Befragten – auch den Eltern – wird das Ziel der möglichst reibungslosen Kooperation der beteiligten Instanzen als wichtig und notwendig hervorgehoben. Gelingende Kooperation ist gleichsam ein Qualitätsmerkmal für die je eigene Arbeit der einzelnen Dienste. Allerdings zeigen sich in der Umsetzung sehr schnell deutliche Grenzen. So unbestritten die Notwendigkeit der Kooperation von beiden Seiten ist, so vielfältig sind die Hemmnisse, die sich im Alltag zeigen. Im Zuge der Interviews wurden eine Reihe solcher Hemmnisse thematisiert. Beginnend bei den unterschiedlichen Strukturen der Systeme und den unterschiedlichen räumlichen Entfernungen, über das Problem einer nicht unbedeutenden Fluktuation von Fachkräften in den Arbeits-

bereichen, die jeweils geknüpfte Kooperationsbeziehungen wieder abreißen lassen, bis hin zu gegenseitigen Vorbehalten und daraus resultierender Zurückhaltung in der Kooperation. Dies spiegelt sich auch wieder in der Tatsache, dass es in Fallkonferenzen nur in Ausnahmen gelungen ist, alle Akteure des Hilfesystems, deren Handlungsstrategien abzustimmen gewesen wären, an einen Tisch zu bringen. Die Beratungen waren bisher noch sehr von der Jugendhilfe bestimmt. Angesichts dieser Fülle an kleineren und größeren Kooperationshemmnissen ist es nachvollziehbar, dass auch die Fallkonferenzen häufig nicht mit konkreten Handlungsabsprachen (Synchronisation von Handlungsstrategien) endeten, sondern oft eher mit Empfehlungen an die anwesenden Fachkräfte, spezifische Handlungsstrategien zu prüfen. Insgesamt wurde deutlich, dass die Rolle eines Koordinators/einer Koordinatorin der Kooperation, also jemand, der/die „den Hut auf hat“ unverzichtbar ist, um auch die notwendige Verbindlichkeit von Absprachen nach innen (Fachkräfteebene) und nach außen (Familien) zu gewährleisten.

### **3.4 Projektziel: Verbesserung der Hilfeakzeptanz und der Lebenslage von Eltern und Kindern**

Von einer Realisierung der beiden zuvor beschriebenen Projektziele erwarteten sich die Projektakteure nicht nur eine Qualifizierung der fachlichen Strategien, sondern auch eine Verbesserung der Hilfeakzeptanz durch die Eltern und Kinder. Diese sind sowohl in der Psychiatrie als auch in der Jugendhilfe wichtige Koproduzenten der Hilfe, indem sie selber über ihre Haltung zu den Hilfsangeboten die Wirksamkeit für eine Verbesserung ihrer Krankheit oder ihrer Lebenslage mit steuern. Es galt also in dem Projekt, zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie die Eltern als dritten Partner der Koproduktion von Hilfen zu gewinnen.

#### **Vertrauen als Grundlage**

Zur Hilfeakzeptanz liegen einige Äußerungen von Eltern vor, die ein gewisses Spektrum markieren. So lässt sich eine eindeutig positive Einschätzung finden, die insbesondere auf den Aspekt des Zusammenspiels der sozialpädagogischen Hilfe mit der psychiatrischen Hilfe und auf das Vertrauen in die koordinierende Fachkraft der ambulanten Hilfe abhebt:

Also was ich super fand an ihr (die Familienhelferin, d. V.), ich hab psychisch ein paar Probleme, und da hat sie mich auch unglaublich gestärkt, indem wir meine Vergangenheit auch ein bisschen ... indem ich ihr erzählt habe, wie es früher bei mir so zugeht und was für Erfahrungen ich gemacht habe, und sie dann sozusagen festgestellt hat, dass ich deswegen auch Schwierigkeiten habe, aufgrund meiner Erkrankung. Sie hat sich z. B. auch eingesetzt, einen Psychotherapeuten für mich zu finden, bei dem ich mich melden könnte, um meine Therapie fortzusetzen. Ich hatte eine Psychotherapie gemacht, die ist abgelaufen, das war bei dem Verhaltenstherapeuten. Und wir haben halt festgestellt, dass die Therapieform nicht geeignet für mich ist. Also ich müsste psychoanalytisch etwas machen oder einen Psychotherapeuten, der tiefenpsychologisch arbeitet. Das fand ich super von ihr, weil, das hab ich irgendwie auch gebraucht in dem Moment. Also die Familienhelferin – ich erlebe sie als sehr offen und sie hat so einen klaren Durchblick. Sie merkt auch sofort, was anliegt. Und manchmal kommt sie zu mir, und wir haben gar keinen entsprechenden Punkt, an dem wir arbeiten, aber es fällt immer spontan irgendwas auf, was jetzt aktuell ist und wo sie mir dann in dem Moment weiterhilft. Wir haben zum Beispiel einmal schon mein Bad durchgeräumt, weil ich da so viel Klügelkram hatte und sie hat mir dann geholfen, mich von einigen Sachen zu trennen. Das war ganz am Anfang. Das war damals noch so eine Art Testphase, glaube ich. Und das hab ich als unglaublich erfreulich empfunden, weil ich damit sehr große Probleme habe. Also ich hab so einen Sammeltrieb und hab auch Probleme, mich von Altem zu lösen, was ich gar nicht mehr brauche. Und da hat sie mich unterstützt. Das fand ich toll. Ja, das fand ich schön. (55-76)

Auch in der nächsten Äußerung einer Mutter wird ein positiver Eindruck deutlich, der in diesem Fall darauf bezogen ist, dass hier eine Fachkraft (des Bezirkssozialdienstes) als fallführend akzeptiert und als Brückenbauerin zwischen verschiedenen Instanzen im Hilfenetzwerk erlebt wird:

Also wenn ich ein grobes Problem habe, dann spreche ich Frau V. (Bezirkssozialdienst, d. V.) an. Die weiß da meistens Rat und Tat. Das ist es eigentlich. Ich hab ja hier auch noch mal so einzelne Punkte aufgeschrieben. Also wichtig ist halt, dass derjenige, der das beim Jugendamt bearbeitet oder der den

Fall betreut, dass derjenige sich entweder gut in die Situation hineinversetzen kann oder eigene Erfahrungen hat in dem Bereich. (551-557)

### **Zusammenspiel der Hilfen als Erwartung**

Eine hohe Akzeptanz der Hilfsangebote seitens der Adressatinnen und Adressaten bedeutet aber nicht, dass diese Akzeptanz uneingeschränkt gilt. Oft werden weitere Wünsche an die Kooperation gerichtet, die aber ebenfalls als Akzeptanz der Hilfe zu interpretieren sind, da hier keine Abschottung erfolgt, sondern im Gegenteil eine „Abrundung“ des Hilfeangebotes gewünscht wäre:

Im Moment finde ich das in Ordnung. Ich finde es ganz gut so, so wie es läuft. Ich bin zufrieden. (...) Also meine Kinder, da fände ich es supertoll, wenn sich auch jemand um die kümmert. Die sehen natürlich, dass sich alles um mich dreht. Und dass sehr viele zu mir kommen. Sie heute, Frau X., Frau G.. Letztens war Frau T. da, das war die Vertretung von Frau X., Frau X. war in Urlaub. Und die sehen halt, Mama kriegt Besuch, die unterhalten sich alle mit ihr, Mama hat Spaß, und wir Kinder sind dann halt im Zimmer, wir können halt auch rauskommen, wenn irgendwas ist, aber es kümmert sich keiner um uns. Also sie erleben es schon so und ich denke, sie werden dann auch – könnten, ich weiß nicht, ob es so ist, aber sie könnten auch eifersüchtig werden. (286-300)

### **Langfristige Zuverlässigkeit als Wunsch**

Akzeptanz der Hilfe und Vertrauen durch die Eltern ist also – wie man am vorigen Beispiel sieht – immer auch mit bestimmten Erwartungen verbunden. Wenn solche Erwartungen auch langfristig nicht von den Diensten eingelöst werden (können) oder nicht den erwünschten Erfolg bringen, sind auch Enttäuschungen nicht ausgeschlossen.

Das ist also über die Schule, über den Sozialarbeiter der Schule an das Jugendamt gegangen und da dann vom Jugendamt praktisch auf die Familienhilfe. Und da haben wir erst den Herrn C. gehabt, der da also nach, ich weiß es nicht mehr, eineinhalb oder zwei Jahren sagte „Ich sehe hier kein Vorankommen.“ Was für mich also ein Tiefschlag war, ich habe also auch geweint und er sagte „Was ist jetzt los?“ und ich sage ja „Es ist für mich so eine Kapitulationserklärung, so von wegen, hier kannst du sowieso in der Familie kannst du nichts mehr verändern, aber eigentlich liegt das an der Mutter. Weil die Mutter zu unbeweglich ist.“ (...) Erst war das der Herr C., der dann das Handtuch geschmissen hat und jetzt ist es der Herr I. 01:03:19-9

In diesem Fall handelt es sich um eine Situation, in der auch der im Projekt angesprochene Aspekt des langfristigen Unterstützungsbedarfes eine Rolle spielt. Die Familie hatte offensichtlich auf eine langfristige Unterstützung gesetzt und auch die zuständigen Fachkräfte teilten die Einschätzung, dass hier Selbsthilfe- und Selbstregulierungspotenzial der Familie nur begrenzt steigerbar ist. Die Betreuung hatte – ganz im Sinne des Projektes – zu einer Stabilisierung der Familie geführt und damit zu einer Stabilisierung ihrer Lebenslage. Die Beendigung der (also im hohen Maße akzeptierten) Hilfe wurde dann eher wieder als Bedrohung und Krisen auslösend erlebt.

### **Kontinuität als Voraussetzung**

Auf der anderen Seite finden sich aber auch Familien, bei denen eine solche Akzeptanz nicht aufgebaut werden konnte. Diese Familien verloren ihre Orientierung (und damit das Zutrauen in die Nützlichkeit der Hilfe) durch eine mangelnde Klarheit, wer wofür zuständig ist, und durch einen (krankheitsbedingt) hohen Wechsel der Fachkräfte:

Das letzte Mal, als Frau D. halt krank war, (...) . Dann hatte ich so einen Termin mit so einer irgend so einer Dame (...), so. Dann war ich dann da und die hat mir überhaupt gar nicht zugesagt. Ich ihr scheinbar auch nicht so, so gar nicht harmoniert so und dann meinte ich auch so „ne, zu der gehe ich nicht mehr“ und so. Dann kam halt eine andere, das war ganz okay, war ich dann 5, 6, 7, 8 Mal oder so und irgendwann hat sie angerufen und meinte, sie wäre krank,(...) meinte ich so "Okay", hat den Termin verschoben. (...)Das war so der letzte Kontakt zu irgendwelchen Menschen, die was damit zu tun haben. 00:12:30-9

Deswegen kamen wir uns bisschen verarscht vor und dachten auch so "hmm, ja okay", die hat sich dann auch nicht wieder gemeldet oder so etwas. Vielleicht wollte sie mich loswerden. Was sehr inkompetent ist. 00:19:38-7

Was ungünstig verlaufen ist, die Krankheit von Frau D. Das hat natürlich eine ganze Menge erst mal wieder umgeschmissen. (...) und da ist natürlich so eine Therapie auch so ein bisschen blöd gewesen. [?] viertel Jahr, wo wir in der Luft gehangen haben. Wo ich da halt oder mit der neuen da konfrontiert wurde, mit der gar nicht klar kam, das war auch nur nichts Halbes und nichts Ganzes (...). 00:34:53-7

### **Transparenz als fachliche Herausforderung**

Eine Mitarbeiterin des Bezirkssozialdienstes berichtet angesichts unsicherer Krankheitsverläufe und -intensitäten von den Schwierigkeiten, die Akzeptanz von Eltern zu gewinnen. Akzeptanz setze immer auch Transparenz bezüglich der geplanten Interventionen und die Zustimmung der Adressatinnen und Adressaten voraus. Allerdings sei diese Transparenz angesichts schwer prognostizierbarer Krankheitsverläufe oft nur sehr schwer herzustellen:

Ja, sagen wir mal, da ist immer wieder diese Überlegung: Was macht man. Muss man gleich den Eltern sagen, bei Ihrer Erkrankung, Borderline, ganz schlechte Diagnose, das müssen wir davon ausgehen, das wird wahrscheinlich sogar bis in die Verselbstständigung gehen. Das wäre die eine Sache. Das wäre offen und klar. Aber letztendlich können wir das gar nicht so sagen. Es kann auch passieren, dass Borderline-Erkrankte eine andere Wende nehmen, also können wir das auch nicht behaupten. Das ist die Schwierigkeit in dieser Geschichte. Und man läuft natürlich auch Gefahr, wenn man den Eltern das so klar sagt, dass die dann sagen: nee, das mach ich nicht mit. Und ruck zuck muss man dann zum Gericht. (480-490)

Auch von einer Fachkraft der Psychiatrie wird diese Situation als zentrale Herausforderung bei der Gewinnung von Akzeptanz beschrieben:

Also am Anfang hieß es ein Jahr sollen die Kinder da (in einer Pflegefamilie, d. V.) bleiben, dann hat Frau G. selber schon gesagt "In einem Jahr schaffe ich das gar nicht, ich bin noch viel zu krank. Ich brauche zwei Jahre." Und jetzt mussten die (das Jugendamt, d. V.) ja so ein Gutachten ans Gericht, da geht es um Sorgerecht (...), da haben sie schon drei bis vier Jahre reingeschrieben, da war die Frau G. natürlich entsetzt, ne und der dämmert es jetzt so, dass es da irgendwann auch zum richtigen Streit kommen könnte, auch gerichtlich dann eben. 00:34:30-0

**Zusammenfassend** zeigt sich zunächst einmal, dass es eine sehr hohe Akzeptanz der Hilfe in den untersuchten Fällen auf Seiten der Familien gibt. Die Herstellung dieser Akzeptanz gelingt auch in schwierigen Fällen – so zum Beispiel im Fall des letzten Zitates, wo die Mutter sich gleich nach Klärung der Sachlage sehr positiv über die Brückenfunktion der Bezirkssozialarbeiterin zwischen den Systemen (Jugendhilfe, Psychiatrie, Gericht) äußert. Allerdings bedeutet diese grundsätzliche Akzeptanz nicht, dass es keine Kritik an den jeweiligen Schritten der helfenden Instanzen gibt. Dabei wird schon deutlich, dass die Erwartungen von Eltern an die Gestaltung der Hilfe mitunter deutlich verfehlt werden. Aber auch in den Fällen der kritischsten Äußerungen ist das nicht mit einer Abkehr von den helfenden Instanzen verbunden, sondern eher mit dem Wunsch und der Erwartung, dass diese erneut mit Angeboten auf sie zukommen.

Bezogen auf die zweite Zielsetzung „Verbesserung der Lebenslage von Familien“ lassen sich aus den Interviews keine tieferen Erkenntnisse gewinnen. Es steht aber außer Frage, dass die Interventionen von Jugendhilfe und Psychiatrie mit erheblichen Veränderungen (und das sind in der Regel Entlastungen und Verbesserungen) in den Familien verbunden sind, nur lassen sich diese nicht in besonderer Weise auf die neuen Kooperationsformen im Projekt zurückführen. Negative Entwicklungen wurden von keinem der Fälle und von keinem der befragten Eltern berichtet.

### **3.5 Projektziel: „Gute“ Vernetzung der Hilfesysteme**

Ein zentrales Ziel des Projektes ist es, eine bessere Vernetzung zwischen den einzelnen Akteuren in verschiedenen Hilfesystemen zu erreichen. Vernetzung meint hier deutlich mehr als den Aufbau einer guten Kooperation im Einzelfall. Beim Ziel der Vernetzung der Hilfesysteme

geht es um die fallunabhängige Entwicklung eines Kooperationsverständnisses bei den Fachkräften der verschiedenen Hilfesysteme, auf welches im Einzelfall zurückgegriffen werden kann und welches dann als Grundlage für fallbezogene Kooperationen genutzt werden kann.

### **Vernetzung von Systemen mit unterschiedlichen Aufträgen**

Die Vernetzung der Hilfesysteme erfolgt auf der Basis eines asymmetrischen Verhältnisses. Der Druck zur Realisierung einer kooperativen Beziehung zwischen den Systemen Jugendhilfe und Psychiatrie entsteht insbesondere aus dem gesellschaftlichen Auftrag an die Jugendhilfe zur Hilfe und zum Schutz von Kindern und Jugendlichen, der unabhängig von der aktiven Inanspruchnahme der Hilfe durch die Eltern besteht. Die Psychiatrie hingegen setzt in der Regel auf die freie Entscheidung von psychisch kranken Erwachsenen, sich einer Behandlung zu unterziehen. Eine Mitarbeiterin des BSD bringt dies auf den Punkt:

Wir haben einen ganz anderen Problemdruck. Also wir haben doch den Problemdruck, wenn wir erkrankte Eltern haben, wir müssen gucken, was mit den Kindern ist. Diese Psychiatrie hat eben, also so was diesen Bereich der Kinder ja häufig gar nicht den Druck, also die haben Patienten, entweder stationär da, dann ist das andere erst mal so abgespalten und auch irgendwie ja geregelt gar nicht und diese Auswirkungen oder was das auch für den einzelnen macht, das ist, kriegen die sicherlich schon auch mit und wenn sie das jetzt auch mitdenken und fühlen sich auch an bestimmten Stellen auch verantwortlich, aber dann ist das fast immer so, dass sie ja diesen Aufgabenbereich auch abgeben an die Kinder- und Jugendhilfe und von daher ist, ich glaube der Problemdruck bei denen nicht so hoch an der Stelle. Also da sind wir viel stärker noch darauf angewiesen halt, weil es so eklatante Auswirkungen auf unseren Arbeitsbereich eben auch hat. [00:18:34-1](#)

Grundlage einer jeglichen Vernetzung ist es daher, zunächst solche Asymmetrien zu erkennen und zu benennen und damit Verständnis für die Handlungslogiken des jeweils anderen Systems zu bekommen. Angesichts des unterschiedlichen Problemdrucks ist es nicht verwunderlich, dass die Initiative für das Projekt seinen Ausgangspunkt in der Jugendhilfe genommen hat, wobei von Anfang an eine behutsame und langfristige Perspektive angestrebt wurde.

Also ich glaube das Projekt ist dadurch möglich geworden, dass wir da gemeinsam auch gesagt haben, jetzt noch mal innerhalb der Jugendhilfe (...). Wir gehen da Schritt für Schritt. Wir haben ja am Anfang im Grunde genommen nicht so ein Projekt vorgehabt und ich glaube, das muss man auch immer noch so sehen, sondern wir haben gesagt wir wollen hier die Zusammenarbeit vor Ort verbessern und dann kam irgendwie heraus, es gibt wenig in diesen Bereichen und dann ist das ein Projekt geworden. Wir haben ja nicht gesagt, wir wollen jetzt bahnbrechende neue Methoden in der Betreuung von Familien hier entwickeln, sondern wir haben eigentlich gesagt, wir wollen die Zusammenarbeit verbessern, das scheint uns wichtig zu sein, um den Familien ein besseres Angebot zu machen und auch den Mitarbeitern ein Stück mehr Sicherheit zu geben in der Jugendhilfe jetzt, wenn sie da in Familien was da ja immer mehr wurde mit psychischen Erkrankungen, aber dass nicht mehr psychische Erkrankungen, also sich sofort überfordert zu fühlen oder alle Warnlampen, sondern dass man auch sagt "da gibt es mehr Sicherheit" und das war ja das Ziel, das über Zusammenarbeit mit ja jetzt mit einer anderen Institution aus der Psychiatrie so herzustellen. Das ist glaube ich ein Stück weit gelungen. Am Allermeisten natürlich auf der Ebene, die jetzt hier miteinander zu tun haben, also die da als ständige Mitglieder in der Fallkonferenz sind. [00:03:10-7](#)

### **Vernetzung braucht kurze Wege**

Die dezentrale Ansiedlung der Tagesklinik bot hier (in Verbindung mit der ebenfalls dezentralen Ansiedlung des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Regionalstelle und dem Sitz des Trägers der ambulanten Wohnbetreuung in Halle) eine gute Möglichkeit, die Kooperation zwischen den Handlungssystemen als eine regionale Kooperation zu beginnen und auszubauen.

Also allgemein ist ja immer schwierig. Also die Schwierigkeit fängt damit an, dass es da bis vor kurzem relativ wenig Angebote des Gesundheitsbereiches hier in der Region eben gibt. Das hat sich verändert durch die Tagesklinik, die ist aber so alt halt auch noch nicht und zu dem Kinder- und Jugendbereich ist hier, in der Region gibt es zwei Therapeutinnen und das war es dann. Das andere ist alles von weiter weg, ist also entweder Bielefeld oder Gütersloh, wo direkte Kooperationen einfach

schwieriger werden. (...) Anknüpfungspunkte sind dadurch eben manchmal sehr schwer herzustellen, also wenn man sich nicht kennt, wenn man nicht genau weiß, wie der andere arbeitet, dann ist so eine Kooperation oft nicht so ganz einfach umzusetzen. 00:03:27-9

Ja, das ist mir sehr bewusst geworden, weil bei der Fortbildung letztes Jahr, bei dem Dr. Hipp, wo eben auch andere Jugendämter vertreten waren, die eben auch anders strukturiert sind, wo wir schon klar gesehen haben, welche Vorteile wir hier in Halle haben, also das der Sozialpsychiatrische Dienst gut erreichbar ist, mit im Haus sitzt, da kurze Wege sind, dass die Kooperation zur Tagesklinik gut funktioniert. Es hat da, sozusagen, auch schon Kennenlerngespräche gegeben, um sich mal, um Personen vor Augen zu haben, weil zu wissen mit wem telefoniert man jetzt, auch Kooperationsabsprachen. (...) wo wir einfach auch schon gewisse Leute haben, mit dem man zusammenarbeitet, das vereinfacht das Ganze (...), da findet ganz viel statt. Da ist ein guter Austausch. (...) 00:47:00-9

Bezogen auf die Regionalstelle des Kreises wird zudem hervorgehoben:

Wir sind hier vor Ort. Ganz viel ist einfach sind die äußeren Umstände. Wir haben hier ein Haus, das sehr groß ist, dieses Haus ist nur angefüllt mit helfenden Kräften im Bereich der Jugendhilfe und Psychiatrie. Also es ist eine geschlossene Gruppe, es gibt einen Raum wo sich alle versammeln, es gibt also eine Küche, eine Anlaufstelle, wo man sich regelmäßig trifft. Also es gibt einfach eine Architektur hier, die ist so geschaffen, dass man sich einfach über den Weg läuft und wie gesagt in diesem Haus versammeln sich alle, die im Psychosozialen Bereich zu tun haben. Das ist besonders günstig. Das ist in den anderen Ortschaften nicht gegeben. 00:37:38-4

### **Vernetzung braucht Institutionen und Personen**

Nicht mit allen Vertreterinnen und Vertretern anderer Hilfesysteme ist der beschriebene Kooperationsaufbau gleichermaßen von Anfang an gelungen. Das etablierte System baut auf schon bestehende Kontakte auf. Kooperation ist keine abstrakte Anforderung, sondern wird durch Personen getragen.

Also, das Zusammenspiel mit den öffentlichen Stellen, jetzt ARGE oder Sozialamt ist sehr davon geprägt, welchen Mitarbeiter man erwischt. Mit welchem Mitarbeiter man gut kommunizieren kann. Das hat was mit persönlicher Beziehung, die man aufbaut, zu tun. Die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe hier im Norden des Kreises ist sehr unterschiedlich finde ich. Mit der Erziehungshilfe, mit der ambulanten Erziehungshilfe der Diakonie klappte das früher schon recht gut, (...) Mit der Sektion Jugendhilfe finde ich es schwieriger, die Mitarbeiter sind auf eine Art und Weise belastet, die ihnen oft glaube ich die Zeit raubt zuzuhören und etwas wahrzunehmen. (...) Gibt es aber schon durchaus auch gemeinsame Hilfeplangespräche. Also wenn denn der Kontakt erst mal zustande gekommen ist, dann finden in Abständen auch gemeinsame Gespräche statt. (...) 00:09:18-3

Der persönliche Kontakt und das gegenseitige Kennen als Basis von Kooperation ist, wie in den Interviews mehrfach hervorgehoben wurde, allerdings dann immer wieder in Gefahr, wenn die Personen in bestimmten Arbeitsbereichen häufig wechseln.

### **Die Fallkonferenz als Kristallisationspunkt der Vernetzung**

Die Fallkonferenz wurde zu einem Ort, an dem die Kooperation und Vernetzung einen Kristallisationspunkt erreichen sollte:

Die Fallkonferenz war ja ein Versuch, ein Stück erst mal zwei nicht viel miteinander zu tun zu habende Bereiche zusammen zu kriegen, also Fachkompetenz erst mal auf der Ebene der Fallkonferenz auch zu bündeln. Mit der Idee dahinter, dass das für Mitarbeiter aus der Fallarbeit lukrativ, ist sich da mit den kompetenten Fachleuten, ich meine hier aus der Region auszutauschen. Ich denke, was in der Fallkonferenz gut gelungen ist, ist die Zusammenarbeit der ständigen Mitglieder wie wir die genannt haben, also so mit der Tagesklinik, mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Von meiner Sicht aus jetzt als freier Träger, gab es vorher nicht viel Zusammenarbeit und das ist viel einfacher geworden (...) Also das war weniger schwer als ich so befürchtet hatte, also da von Seiten der Tagesklinik und auch des Sozialpsychiatrischen Dienstes war sofort viel Interesse da 00:05:57-6

Von allen befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fallkonferenz wird die interdisziplinäre Zusammensetzung der Fallkonferenz als ein ganz wichtiger Faktor der Vernetzung hervorgehoben, da sich zunächst zumindest auf dieser Ebene ein großes wechselseitiges

Verständnis entwickeln konnte und persönliche Bekanntheit entstehen bzw. vertieft werden konnte. Dieses wechselseitige Verständnis habe auch maßgeblich zur Qualität der Fallbesprechungen beigetragen, da es sich auf die Fachkräfte habe vermitteln können und Problemlösungen nicht in der Konfrontation gesucht worden seien. Die Fallkonferenz sei zwar immer noch dominiert von der Teilnahme von Fachkräften der Jugendhilfe, es gelinge aber zunehmend, Vertreterinnen des Gesundheitssystems in die Fallkonferenz einzubeziehen. Hierüber würden sich zunehmend mehr Akzeptanz und mehr Wissen über das jeweilige andere Hilfesystem bei den beteiligten Fachkräften verbreiten. Eine Psychiatriemitarbeiterin, die ständiges Mitglied der Fallkonferenz ist, hierzu:

Eine höhere Akzeptanz der anderen Professionellen beobachte ich. Mehr Akzeptanz, mehr Toleranz, mehr wie gesagt sehen aus dem Perspektivwechsel heraus, also wahrnehmen was andere tun und warum sie es tun, sodass das Geschehen oder die Aktivitäten der anderen sinnvoller erscheinen und nicht mehr so willkürlich sondern nachvollziehbar, alles wird nachvollziehbarer und klarer und über dies kommt es in vielen Fällen zu einer gemeinsamen Sichtweise, also zu einer gemeinsamen Problemdefinition, also was ist das Problem, also da kommt es zu so einer Einigung, auch wenn die Blickwinkel verschieden sind (...) Ich habe das einige Male erlebt in einer Fallkonferenz bei Familien, die mir bekannt sind, wo ich aber nicht zu den Vorstellern gehörte, aber da habe ich gemerkt, dass mir die Aspekte gefehlt haben, die ich gar nicht wusste. Einmal ging es z. B. um eine sexuell übergriffige Familie, wo ich überhaupt nicht wusste warum das Kind also so im Fokus steht und was da alles daran gemacht wird und warum plötzlich die Jugendhilfe da so bemüht und aktiv ist. Da fehlte mir Wissen und also auch so vieles Wissen fehlte mir, nicht nur einfach plattes Wissen, ich wusste so ein paar Fakten, ich wusste viele Kleinigkeiten nicht und habe dann erst verstanden, warum das und das überhaupt gemacht wurde. Das fand ich dann sehr hilfreich und das hat meinen Blickwinkel verändert und mir auch mehr Verständnis gebracht. Also das Verstehen, das Akzeptieren, das Tolerieren, das miteinander arbeiten, also die Bereitwilligkeit zu kooperieren und auch Sinn darin zu sehen zu kooperieren, ich glaube, dass das gefördert wird und das ist bei mir schon der Fall. Auch mehr Achtung für die Tätigkeit des anderen. Auch mehr Achtung für die Schwierigkeit der Tätigkeit, ich denke häufig unterschätzt die eine große Gruppe die Schwierigkeit der anderen, weil man bekommt nur so den einen Blick "Oh Gott, oh Gott ich habe es so schwer, ich muss jetzt hart entscheiden" und der Mensch hat nicht und übersehe aber, wie die Familienhelferin fast zusammenbricht, weil sie da Tag täglich erscheint und gegen das, was da an Emotionen im Zimmer tobt, kaum mehr gegen an kann und schwach kaputt raus rennt. Das sind sicherlich Aspekte, die mir oft entgangen sind. 00:57:07-6

### **Auch Vernetzung braucht ein vertrauensvolles Klima**

Als zentraler Aspekt wird auf beiden Seiten, Psychiatrie und Jugendhilfe, das wechselseitige Vertrauen hervorgehoben, das man zueinander entwickeln müsse. Dieses sei gleichzeitig auch mit der Überwindung oft jahrelang bestehender Vorurteile verbunden.

Wir arbeiten da zusammen, also ich denke das Vertrauen da schon was absolut grundlegendes ist, da miteinander vertrauensvoll zusammen zu arbeiten und da haben wir aus der Jugendhilfe, wo wir schon gut vertrauensvoll zusammenarbeiteten, finde ich im Moment den Schritt geschafft auch zu sagen, wir arbeiten jetzt auch mit Tagesklinik vertrauensvoll zusammen, da gibt es zwischen Abteilungen Jugendhilfe Regionalteam und Sozialpsychiatrischen Dienst gab es auch mal so schon vorher Kontakte und da gab es auch eine ganz gute Zusammenarbeit. Also ich glaube das hat sich auch noch mal ein Stück dadurch verstärkt und da sehe ich so die Möglichkeiten auch das zu nutzen. 00:10:05-2

Ich hatte durch diese Vorkontakte auch eher den Eindruck, dass die Kinder auch häufiger aus den Familien weggenommen werden und den habe ich überhaupt nicht mehr von der Jugendhilfe, sondern dass eher alles eigentlich schon getan wird, dass die Kinder in den Familien auch verbleiben können, also das ist, ich weiß nicht, ob das mein Vorurteil war oder ob das das Ergebnis der Fallkonferenz ist und ich einfach mit einer anderen Idee reingegangen bin, das kann ich nicht sagen. Aber ich habe jetzt keine Angst mehr, mich an das Jugendamt zu wenden und die Sorge, dass da irgendwelche Kinder weggenommen werden, die habe ich nicht mehr, das hat bisher immer Sinn und Verstand gehabt. 00:01:04-2

Dieser Prozess der Vertrauensbildung und der Überwindung von Vorurteilen werde insbesondere durch die Fallkonferenz und durch die Fachtage gestärkt. In den Fallkonferenzen sehen

die Projektmitglieder eine gute Möglichkeit, als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren dieses Prozesses zu wirken. Die Fachtage hingegen seien eher darauf ausgerichtet, das wechselseitige Wissen zu befördern und sich gegenseitig besser kennen zu lernen.

Also das ist, was mir aufgefallen ist durch die Fallkonferenzen ist, also es sind Multiplikatoren, die in das andere System wirken, die da Wege ebnen, die Bereitschaft zur Kooperation dadurch auch gefördert, das ist finde ich eindeutig, also es sind ein paar Dinge gelaufen, z. B. im Suchtbereich, auch mit der Suchtklinik in Gütersloh, wo Wege geebnet wurden, die wären ohne diese Fallkonferenz so nicht gelaufen. (...) Ich finde, erstaunlich gut gelungen ist eigentlich diejenigen, die im weitesten Sinne hier in der Region verortet sind, eben auch wirklich (durch die Fachtage, d. V.) zu erreichen und das hat mit Sicherheit nicht nur in dem sich Kennenlernen, sondern auch in der fachlichen Positionierung und in dem Wunsch so auf einander zuzugehen, hat das mit Sicherheit gefördert. 00:12:53-4

Also ich glaube, dass da die Fachtagung ein Tortenstück ist, aber auch nur ein Tortenstück und nicht der Schlüssel und ich glaube der Schlüssel ist eher ein langfristiger Erhalt eines solchen kooperativen Klimas und so dass dann die Vor- und auch Nachteile von Zusammenarbeit, sich einfach ein Stück immer mehr verdeutlichen.

### **Hemmnisse beim Knüpfen von Netzwerken**

Von den Interviewpartnerinnen und -partnern werden allerdings auch Grenzen für das Ziel „Vernetzung“ benannt. Bezogen auf solche Grenzen sind zwei in besonderer Weise hervorgehoben worden. Die erste Grenze tut sich da auf, wo den Fachkräften die Ressourcen für kooperatives Handeln fehlen und wo es nicht genug Zeit gibt, Kooperationsbezüge auch fallunabhängig aufzubauen und zu pflegen.

Die Probleme sehe ich eher da, dass alle sehr überlastet sind und dass man aus dieser Überlastung heraus manchmal nicht die Möglichkeit und die Zeit hat, wie man sie gerne hätte. Aber das liegt ja nicht an dem grundsätzlichen miteinander Kooperieren, sondern an den Überlastungen in allen Bereichen. (434-439)

Der gute Weg der eben manchmal schlicht und ergreifend durch fehlende Personalkapazitäten behindert wird, das ist schon so, weil da hatte ich heute auch noch gerade wieder so eine Rückmeldung "wir reden immer von Kooperation und abgestimmtes Handeln und dann ist von euch keiner da und erreicht man niemanden", das spielt natürlich auch eine Rolle, weil das sind auch die Problemlagen mit dem jedes System auch zu kämpfen hat. 00:16:44-2

Das zweite Kooperationshemmnis liegt im Selbstverständnis einzelner Dienste und Akteure im Hilfesystem. So hat sich eine ganz unterschiedliche Gewichtung der Bedeutung von Kooperation in den einzelnen Bereichen ergeben

Also wir haben da schon auch die ARGE angesprochen, aber schwerpunktmäßig war das, was ihr eben mitgemacht habt und weil ich da nicht so die Kontakte so hatte. Da ist aber wenig zurück gekommen, auch weil viel Wechsel bei der ARGE war, dann war ja unklar, wird die weiter bestehen bleiben usw. und sofort. Da gab es nicht die Kontinuität in der Zusammenarbeit und ich glaube, dass schon auch die, dass persönliche Engagement ganz großer Motor dabei ist. Da treffen sich erst mal gar nicht so Institutionen, sondern da treffen sich Personen aus Institutionen, die sagen "wir wollen was anders machen" (...) Also da gibt es ganz, ganz wenig Berührungspunkte und das ist ja eigentlich im Grunde genommen auch nicht gewachsen, sondern die ARGE ist ja ein neues Modell so da. Die alten Sozialarbeiterstrukturen, man hat in irgendwelchen PSAG's zusammengesessen, mal vor 15, 20 Jahren und das nutzt heute, um miteinander zusammenzuarbeiten, so da sind die überhaupt nicht drin. 00:11:15-2

Auch bezogen auf niedergelassene Ärzte scheint deren Arbeitsstruktur in eigenen Praxen einer intensiveren Kooperation und erst recht einer fallunabhängigen Vernetzung (selbst innerhalb des eigenen Handlungssystems) im Wege zu stehen.

Ich meine wir stoßen natürlich an die Grenzen, wo man immer dran stößt, also mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, Psychiatern und Neurologen, die es ja auch hier gibt, haben wir da keine Zusammenarbeit so hingekriegt, haben wir uns auch ganz viel darum bemüht, weil wir auch von Anfang an davon ausgegangen sind, dass wird irgendwie nicht klappen. Hört man ja aus der Psychiatrie, dass auch in der Tagesklinik das gar nicht ganz so einfach ist da eine vertrauensvolle Zusammenarbeit so

### **Vernetzung ist kein Zustand, sondern ein Handlungsmodus**

Insgesamt werden die Perspektiven der Vernetzung aber von allen Projektbeteiligten sehr positiv gesehen. Hier wird allerdings auch die Notwendigkeit weiterer Schritte deutlich, die einerseits darin bestehen, die verschiedenen Handlungssysteme zu gemeinsamen Regional-konferenzen zusammen zu bekommen und die andererseits auch einen selbstverständlichen Umgang miteinander anstreben. Als ganz zentral dabei wird es angesehen, dass die Bemühungen zur Herstellung von Kooperation nicht erlahmen dürfen, da funktionierende Netzwerke zur Sicherung der notwendigen Kooperation im Einzelfall kontinuierlich aufrecht erhalten werden müssen.

Also Kooperation ist ja nichts, was man irgendwann abgehakt hat, sondern meiner Meinung nach sich auch im beruflichen Alltag abspielt. Und da denke ich schon, sind wir ganz gut aufgestellt. Das finde ich schon gut. Da muss jeder dran arbeiten. Da finde ich Konstanz auch ganz wichtig. (398-407)

**Zusammenfassend** lässt sich zum Projektziel der Vernetzung festhalten, dass in dem Projekt deutlich wird, dass dieses mit erheblichen Mühen und Anstrengungen verbunden ist. Im Zuge dieses Projektes ist vielen Beteiligten deutlich geworden, dass „Vernetzung“ in der Sozialen Arbeit zwar eine sehr weit verbreitete Vokabel ist, dass sie aber einer erheblichen Investition von Arbeitszeit bedarf – zumal es sich hierbei nicht um den einmaligen Aufbau einer Netzwerkstruktur handelt, sondern um eine kontinuierliche Daueraufgabe aller Fachkräfte in den einzelnen Handlungsfeldern. Dabei kommt den jeweiligen Leitungspersonen noch eine besondere Bedeutung zu, weil sie den Fachkräften die Ressourcen und die Bewegungsspielräume für diese Daueraufgabe einräumen müssen.

Eine besondere Herausforderung der angestrebten Vernetzung von Jugendhilfe und Psychiatrie ist darüber hinaus darin zu sehen, dass es hier um nicht unmittelbar vergleichbare gesellschaftliche Handlungsaufträge geht. Das Hauptinteresse und der Hauptdruck liegt auf Seiten der Jugendhilfe, die das Wohl von Kindern und Jugendlichen – eben auch von solchen mit psychisch kranken Eltern – sicherstellen muss. Die Psychiatrie hätte es hier einfacher, sich auf ihren Behandlungsauftrag zurückzuziehen. Dass es im Projekt nicht gelungen ist, fallbefasste Fachkräfte der Psychiatrie in gleichem Umfang in die konkreten Fallbesprechungen einzubeziehen, ist Ausdruck dieser Asymmetrie. Auf der anderen Seite ist das Engagement der nicht wenigen Vertreterinnen der Psychiatrie in diesem Projekt vor diesem Hintergrund noch einmal besonders hervorzuheben.

Bezogen auf das Ziel der Vernetzung muss man feststellen, dass die Akteure im Projekt – nach eigener Einschätzung, aber auch nach außen z. B. über die Fachtage gut sichtbar – schon ein erhebliches Stück vorangekommen sind. Es gibt nur wenige Regionen, die ein so ausgeprägtes Kooperationsverständnis entwickelt und das so konsequent in den Konzepten und Handlungsstrukturen der beteiligten Einrichtungen verankert haben.

### **3.6 Zusammenfassung**

Durch die Interviews wurden sehr viele Facetten der Kooperations- und Vernetzungsproblematik angesprochen. Als eindeutige Linie lässt sich erkennen, dass sich alle Beteiligten sehr stark mit dem Projekt und den ihm zugrunde liegenden Zielen identifizieren. Auch werden die Schritte in Richtung auf eine gemeinsame Diskussion von Fällen, aber auch in Richtung der fallübergreifenden Diskussion als gut und notwendig angesehen.

Allerdings zeigen sich in der Praxis eine Fülle von Schwierigkeiten, die es zu überwinden gilt. Die Handlungssysteme Jugendhilfe und Psychiatrie handeln nach sehr unterschiedlichen Prinzipien und Handlungsrationitäten, die sich nicht einfach über Kommunikation und Kooperation überwinden lassen. Beide Systeme sind zu erheblichen Kompromissen gezwungen, wenn es gelingen soll Problemdefinitionen und Handlungsstrategien zu synchronisieren. Da dies nicht bedeuten kann, dass ein System einfach in die Logik des anderen einschwenkt, stellt sich die Anforderung der Veränderung von Handlungslogiken der einzelnen Systeme überhaupt. Um dieses langfristige Ziel zu erreichen werden derzeit in Halle wertvolle Er-

fahrungen gesammelt und behutsame Schritte gegangen, die schon in der in diesem Bericht betrachteten ersten Phase des Prozesses deutliche Erfolge zu verzeichnen haben.

Fazit ist, dass die Fachkräfte im Kontext des Projektes selber in ein Spannungsfeld zwischen den Handlungssystemen geraten, welches sie individuell ausbalancieren müssen. Für die Eltern kann dies nur von Vorteil sein, wenn dieses Spannungsfeld im Rahmen von Fallkonferenzen und Fachtagen von den Fachkräften bearbeitet wird. Dadurch reduziert sich für sie die Gefahr, dass Konflikte im Aufgabenverständnis und in der Aufgabenwahrnehmung der einzelnen Hilfesysteme von diesen unreflektiert auf ihrem Rücken ausgetragen werden.

### **3.7 Das Setting der Fallkonferenz**

Die bisherigen Ausführungen folgten der Logik der im Projekt festgelegten Projektziele. Dabei tauchten bereits einige Aspekte auf, die sich gleichsam auf das Setting oder das Verfahren im Rahmen der Fallkonferenz bezogen. Daher soll im Folgenden die Gestaltung der Fallkonferenz, die in ganz besonderer Weise mit dem Projekt verbunden ist, nochmals eigens thematisiert werden. Das Projekt wurde zwar konsequent als ein in den Alltag der Fachkräfte eingelagertes Vorhaben konzipiert – es ging und geht nicht um die Umsetzung eines befristeten Modells – mit der Fallkonferenz wurde aber ein neues interdisziplinär angelegtes Instrument in diesen Alltag eingeführt, mit dem sich die folgenden Abschnitte noch einmal gesondert auseinandersetzen. In einem ersten Schritt werden die Einschätzungsbögen zu den einzelnen Fallberatungen in den Blick genommen. In einem zweiten Schritt werden Einschätzungen und Anregungen aus den Interviews ausgewertet.

#### **Die Fallkonferenz im Spiegel der Einschätzungsbögen zur Fallberatung**

Im Rahmen der Evaluation wurden bei fünf Konferenzen im Anschluss an die jeweiligen Fallberatungen von allen Beratungsbeteiligten standardisierte Einschätzungsbögen mit elf Fragen ausgefüllt. Die elf Fragen lassen sich grob in vier inhaltliche Komplexe sortieren:

1. Fallvorstellung, 2. Fallberatung, 3. Abstimmung der Lösungsansätze bzgl. der Umsetzung und 4. subjektive positive und negative Einschätzungen. Insgesamt 35 Einschätzungsbögen zu fünf Fallberatungen kamen dabei zusammen. Bereits die kleine Zahl an Fallberatungen macht die begrenzte Aussagekraft eines überwiegend quantitativ konzipierten Erhebungsinstrumentes deutlich. Auf eine differenzierte Darstellung der Auswertung dieser Bögen im Rahmen dieses Berichtes wird daher verzichtet. Zwei Trends lassen sich allerdings festhalten.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass es kaum nennenswerte Unterschiede in den (durchgehend im oberen Drittel liegenden) Bewertungen zwischen den Vertreterinnen und Vertretern aus der Jugendhilfe und der Psychiatrie gibt. Das legt den Eindruck nahe, dass es den jeweiligen Personen in den durchgeführten Konferenzen gut gelingt, sich trotz unterschiedlicher Wahrnehmungs- und Handlungsorientierungen in den verschiedenen Hilfesystemen auszutauschen und zu beraten. Dies spiegelt sich vor allem darin, dass die Bewertungen zur Darstellung der erzieherischen oder psychiatrischen Problemlagen bzw. zu den Effekten der Vereinbarungen für die Jugendhilfe oder für die Psychiatrie in hohem Maße übereinstimmen.

Eine weitere Tendenz, die sich der Auswertung der Einschätzungsbögen entnehmen lässt, ist, dass die Bewertung zum Komplex des Fallverstehens durchschnittlich besser ist, als die Bewertungen zum Komplex der Vereinbarungen und Lösungsansätze. Die Qualität des Fallverstehens (Synchronisation von Problemdefinitionen) korreliert dabei deutlich mit der Mitwirkung der beteiligten Fachkräfte aus beiden Hilfesystemen, einer guten Informationsgrundlage durch die Fallvorstellung, einer konkreten Beratungsfrage, der Berücksichtigung von Ambivalenzen auf Seiten der Fachkräfte und einer Moderation, die darauf achtet, dass sowohl Kinder als auch Eltern im Fokus der Beratung stehen. Die benannte Tendenz der unterschiedlichen Bewertung in Bezug auf die Synchronisation der Problemdefinitionen und der Synchronisation von Handlungsschritten ist bereits in der Auswertung der Interviews erkennbar. Die dort deutlich gewordenen Erklärungen, insbesondere die Falleinbringung durch Fachkräfte nur aus einem Hilfesystem und eine starke Fokussierung auf das Fallverstehen, werden auch hier bestätigt.

## Die Fallkonferenz im Spiegel der Interviews

In allen Interviews mit den Fachkräften stand die Fallkonferenz im Mittelpunkt der Betrachtungen. Als Ort interdisziplinärer Fallberatungen stellt sie den Kristallisationspunkt des Projektes dar, womit ihr eine ganz besondere Bedeutung zukommt.

### *Perspektivenerweiterung und Kontaktaufbau*

Die Bedeutsamkeit resultiert offensichtlich aus unterschiedlichen Aspekten, wie eine Vertreterin der Psychiatrie ausführt:

Ich finde die Fallkonferenz gut, einfach deshalb weil völlig verschiedene Institutionen, die in den Fall involviert sind, zusammen kommen. Das finde ich sehr gut. Einmal lernen sich Leute kennen, die sich sonst nicht kennen lernen würden, dann wird für alle klar wie unterschiedlich die Sichtweise ist. Sehr, sehr eindrucksvoll war für mich die unterschiedliche Sichtweise im Jugendbereich, wie eilig es oft ist und wie gering die Toleranzschwelle sein kann. Wie bei der Erwachsenenpsychiatrie eigentlich Zeit nicht so eine große Rolle spielt, wie auch viel toleriert werden kann bei der Erwachsenenpsychiatrie. Also dieser Unterschied, der die Arbeitsweise stark beeinflusst. Wenn einmal die Angst da ist, dem Kind kann etwas passieren, da muss also ratz fatz was passieren. Und bei Erwachsenen, die vielleicht chronisch psychisch krank sind, da denken wir in Jahren. In der Jugendhilfe ist die Anspannung größer als in der Erwachsenenpsychiatrie, es sei den man hat ganz akute Krisen, aber ansonsten ist die Jugendhilfe einfach schneller, die muss schneller sein.

Es kommen ja noch ganz andere Professionen hinzu. Es kommen ja die Klinikmitarbeiter und die Wohnbetreuer und die Rechtsbetreuer und jeder hat so ganz andere Sorgen und trägt die vor. Also die Mischung der Information, die sich da ergibt, das gefällt mir sehr gut. Also ich denke, das erweitert den Horizont. Wir gehen in ganz verschiedene Perspektiven, wir haben wirklich einen Perspektivwechsel in so einer Gruppe. Wir können uns besser verstehen, sind weniger empört über die Nichtstuenden-Anderen. Oft passiert es schon so in so einem Hilfesystem, dass die eine sagt "warum tut der nichts" und der nächste sagt "warum tut der nichts", also alle sind ein bisschen wütend, weil nichts passiert und keiner weiß eigentlich wer zuständig ist. Also das Verstehen der Rolle des anderen und das Teilen der Verantwortlichkeit, das finde ich sehr gut. Und überdies die persönlichen Kontakte zu neuen Leuten aus dem Hilfesystem, die man vielleicht noch nicht kennt. Mit denen hat man dann den kleinen Draht: Wer sich mal gesehen hat, spricht eher miteinander, telefoniert eher. 00:47:22-0

Dass es mit dem Instrument der Fallkonferenz gelingt, regelmäßig Vertreterinnen und Vertreter aus den verschiedenen Hilfesystemen zusammen zu bekommen, die dann nicht nur auf den konkreten Fall bezogen voneinander profitieren, sondern auch Wahrnehmungsmuster und Handlungsorientierungen des anderen Hilfesystems (z. B. unterschiedliche Zeitperspektiven) kennen und einschätzen lernen und zudem konkrete Kontakte knüpfen, auf die man sich später beziehen kann, das sind Aspekte, die von vielen Interviewpartnerinnen und -partnern ähnlich gesehen werden.

Neben den zahlreichen bestätigenden Äußerungen gab es aber auch eine Reihe von kritischen Rückmeldungen, die gleichzeitig als Hinweise und Anregungen zur Weiterentwicklung des Instruments dienen können.

### *Zusammensetzung der Fallkonferenz*

Einige Interviewte beschreiben die Fallkonferenz für die eingeladenen Fachkräfte als hochschwellig und Stress auslösend. Eine Mitarbeiterin bezeichnete die Fallkonferenz gar in bewusster Zuspitzung als „Tribunal“. Die folgenden Aussagen konkretisieren verschiedene Aspekte, die zu diesem Eindruck beitragen:

A: Also da saßen ja auch noch jede Menge Leute rum, also auch irgendwelche Leute in Leitungsfunktionen, die ich jetzt teilweise kannte, teilweise eben noch nicht. 00:17:09-0

Was ich unglücklich finde ist wie, es jetzt so gelaufen ist, mit diesen Menschen, die da ihre Fälle vorstellen und so einer geballten Gruppe einfach ausgeliefert sind und manchmal rot anlaufen, ob vor Ärger, Verlegenheit, Wut, was da auch immer so mitspielen mag. Weil sich da Leute, die da z. T. ganz, ganz weit weg sind von der alltäglichen Arbeit, manchmal anmaßen auch zu sagen, wie es denn besser sein könnte. 00:05:32-4

Was manchmal nicht immer so gut ist, ich hab es zwischendurch mal so empfunden. Man stellt den Fall vor, und dann war da so eine Situation, wo ich mich jedenfalls so fühlte, als wenn jetzt so ein Entsetzen der anderen „ja, wieso habt ihr da so lange nichts gemacht“, dass man so denkt, jetzt hab ich alles falsch gemacht, so im ersten Moment. So dieses Gefühl. Das ist natürlich von keinem so gemeint, das ist erst mal dieses spontane Aussprechen, was man grade so empfindet zu der Sache. Da muss man lernen, mit umzugehen auf der einen oder anderen Seite. Aber insgesamt hab ich das als sehr gut und positiv empfunden, dass man, denke ich, sicherlich in manchen Situationen auch neue Sichtweisen mitnehmen kann, aber selbst in denen, wo es keine neuen Sichtweisen sind, einfach noch mal so eine Bestätigung bekommt und ein paar ergänzende Tipps. (386-398)

In Bezug auf die Zusammensetzung der Fallkonferenz scheint vor allem die große Anzahl an Personen, die nicht alle bekannt sind, zu irritieren. Dazu machte eine Interviewpartnerin den Vorschlag, Namensschilder aufzustellen, wobei es wichtig sei zu wissen, in welcher Funktion und für welche Institution jemand dort beteiligt ist. Zudem wird als belastend erlebt, dass „so viele“ Personen in Leitungsfunktion sind, was den einen oder die andere einschüchtere. Darüber hinaus werden die Einschätzungen und Vorschläge der vielen nicht am Fall beteiligten Personen nicht immer als anschlussfähig für den eigenen Arbeitsalltag erlebt.

Auch ein ständiges Mitglied der Fallkonferenz bestätigt diesen Eindruck sozusagen aus der Perspektive von der „anderen“ Seite:

Als ich davon hörte, fand ich das eine kluge Geschichte, weil es ja wirklich unter den verschiedenen Disziplinen in der sozialen Arbeit durchaus auch so Vorbehalte und so sicherlich auch bestimmte Ideen von der Arbeit des anderen gibt, die nicht immer ganz real ist, also ich dachte, das bringt uns ein Stück zusammen. Das tut es sicher und in gewisser Weise auch. Was ich schwierig finde ist, dass da zwar gesammelt wird, aber wir haben, also ich habe nicht wirklich immer eine Idee von den Menschen, die da vorgestellt werden.(...) Also ich kriege nicht wirklich ein gutes Bild, Ausnahmen bestätigen die Regel, manchmal gelingt das, hängt auch sehr von den vortragenden Personen ab. Also es ist ja so ein bisschen auch so wie in der Schule, kommen da hin und erzählen so ihre Geschichte, sollen dann auch noch das Problem benennen, was sie damit haben, was ja nicht immer das existente Problem ist, das differiert ja oft auch. Sind manchmal glaube ich ein bisschen aufgeregt und das führt, ist auch nicht dazu angetan dann so eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen. Ich glaube es ist nicht sehr vertrauensvoll, also dass sie uns wirklich als Menschen erleben in diesem Kreis, der ihnen so ein Art Mentor sein könnte oder beratend tätig sein könnte, eher so "machen wir denn jetzt alles richtig oder machen wir was falsch" 00:17:28-2

### *Konkrete Informationen für die Vorbereitung*

Um den Zugang zur Fallkonferenz niedrigschwellig zu gestalten, scheint es notwendig zu sein, konkrete Hinweise zu Art und Umfang der Fallvorlage zu geben.

Ganz offensichtlich haben alle das Gefühl, dass man unglaublich viel bieten muss und einige haben das ja auch so aufgehängt und so tolles geboten, d. h. die haben das verschriftlicht und halt zu einer Eingabe gemacht, als ob man in den Sozialausschuss geht oder in den Gesundheitsausschuss. Das ist zu hochschwellig. Das traut sich nicht jeder zu und vor allen Dingen auch so Familienhelfer oder Sozialpädagogische Familienkräfte, die haben gar nicht den Nerv dazu, solche verwaltungstechnischen Dinge zu erstellen. Da müsste man sagen, es reicht doch einfach eine stichpunktartige Skizze. 00:49:58-2

Offenbar herrschte nicht immer Sicherheit im Umgang mit dem Datenschutz und der Notwendigkeit der Zustimmung durch die betroffenen Familien:

Also was ich positiv finde ist, dass die Wege recht kurz sind. Es gibt hier schon sehr gute Strukturen. Was mir immer Schwierigkeiten bereitet ist, diese Schweigepflicht. Zum einen den Familien gerecht zu werden, auch nicht zu viel preis zu geben, das andere ist eben auch zu gucken, wie können wir uns tatsächlich vernetzen, Absprachen treffen. Da besteht bei mir eine Unsicherheit. 00:53:52-4

### *Auftrag der Fallkonferenz*

Die Ziele der Fallkonferenz, sowohl Problemdefinitionen als auch Handlungsansätze zu synchronisieren, sind so nicht allen Interviewpartnerinnen und -partnern bewusst gewesen. Insbesondere ist nicht ganz klar, wie konkret Handlungsschritte koordiniert werden sollen

oder können. Auf die Frage nach der Koordinierung von Vereinbarungen und Handlungsschritten gab es mehrfach Antworten, die die Fallkonferenz nicht in Verbindung mit einem solchen Koordinationsanliegen brachten. Vielmehr wurde das Gremium von außen eher als interdisziplinäres Gremium zur Fallberatung, weniger zum Treffen koordinierender Absprachen verstanden, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

Als Koordination habe ich dieses Projekt auch nie verstanden. Also auch nicht als es vorgestellt wurde, sondern eher als beratendes Gremium aus Fachkräften der verschiedensten Bereiche, mit verschiedensten Anregungen, was es denn so gibt. Ich habe es nie verstanden, dass da jetzt quasi alle Beteiligten, die irgendwie mit dieser Familie zu tun haben, an einen Tisch kommen. Das ist in dieser Familie oft passiert schon, also auch mit dem behandelnden Arzt. Aber ich habe diese Konferenz so nicht verstanden, dass da alles nur Leute sitzen quasi, die diesen Fall koordinieren. [Frage: Wie haben Sie das Projekt verstanden?] Ja, als beratendes Gremium aus Fachleuten verschiedenster Profession, wo einfach eine gebündelte Masse aus verschiedenen Professionen zusammen kommen, die auf einem neutralen Boden die Problematik sich angucken einmal und Empfehlungen geben können, wo hin man sich denn neu wenden könnte oder was es denn so auf dem Markt im Kreisgebiet auch gibt. 00:18:58-4

Eine andere Interviewpartnerin hätte sich deutlich konkretere Ergebnisse gewünscht:

Ja, also es hat mir nicht so viel gebracht, sag ich mal, also die Ergebnisse die da waren, es gab nicht wirklich ein Ergebnis, also es war alles recht offen, als ich da raus gegangen bin. Und meine Erwartungen waren eigentlich „He, Frau..., denken Sie noch mal in die Richtung, vielleicht da noch mal, da gibt es noch mal dieses oder jenes Angebot.“ Bisschen was konkreteres, das hätte ich mir gewünscht, das kam aber nicht. 00:21:20-3

Aus dieser Kritik heraus gab es schon während der Interviews zwei zentrale Vorschläge zur Veränderung der Fallkonferenz.

*Vorschlag: Expertinnen und Experten aus der Fallkonferenz unterstützen Fachgespräche*

Das Ziel, die interdisziplinäre Beratung, multiprofessionelle Kompetenz und Wissen zur regionalen Angebotsstruktur stärker in die Ebene der im Fall handelnden Fachkräfte zu bringen, verfolgen folgende Vorschläge:

Die Konstellation sollte differenzierter sein. Ganz sicher wäre es wichtig, dass das Gremium so wie es jetzt ist mit den übergeordneten Mitarbeitern, sich durchaus ein bis zwei Mal im Jahr trifft, um auch zu überprüfen, wie funktionieren diese direkten Fallkonferenzen. Ich bin nur nicht sicher, ob es wirklich gelingt, nur die Mitarbeiter der einzelnen Disziplinen miteinander in Kontakt zu bringen. Da muss es sicherlich eine Art Mentor vielleicht aus beiden Bereichen geben, also einen aus der Psychiatrie, einen aus der Jugendhilfe. (...) Also diese Kombination durchaus, dass es da ein übergeordnetes Gremium weiterhin gibt, was aber nicht so oft tagen muss und das die Arbeit verfolgt anhand der Fallbeispiele, anhand der Ergebnisse dieser Fallgespräche, finde ich gut. Aber die Fallgespräche an sich sollten von den Mitarbeitern, die dort sitzen, abgespeckt sein. Das sollten wirklich die Mitarbeiter sein, die mit dem Fall zu tun haben, plus einer aus jedem Bereich vielleicht. 00:05:32-4

Im Grunde kann ich mir das nur vorstellen, dass von denjenigen die jetzt in der Fallkonferenz regelmäßig dabei waren Angebote gemacht werden im Rahmen von Jugendhilfefachgesprächen oder in Fallbesprechungen mit verschiedenen Personen. Da wird, na ja, vielleicht wie beim 8 a eine insoweit erfahrene Fachkraft hier aus der Region zu zugezogen, die sagen kann „aufgrund der vielen Erfahrung weiß ich die und die Teile, die ihr jetzt noch nicht so vielleicht mit ein gedacht habt. Die könnte man noch andenken oder die und die Möglichkeiten wären noch da“. 00:06:36-6 (...)

Also ich könnte mir das vorstellen, dass es verschiedene vielleicht drei, ich nehme jetzt mal den Begriff, insoweit erfahrene Fachkräfte für diesen Bereich gibt, die das auch miteinander weiterentwickeln und sagen „welche Erfahrung machen wir, wenn wir mal zu solchen Fachgesprächen eingeladen werden“. Man kann auch noch mal nachfragen, weil sie ja aus verschiedenen Bereichen kommen. Man kann z. B. Frau ... von der Tagesklinik dann auch fragen „Ich weiß da gibt es irgendwie einen Suchtbereich, aber wie genau ist das“? Also so was oder so ähnlich könnte ich mir das in die Richtung vorstellen. 00:08:00-5

Beide Zitate setzen auf die Gleichzeitigkeit von Qualifizierung der Fachgespräche mit den verschiedenen im Fall beteiligten Fachkräften und einem Gremium, das vor dem Hintergrund der Erfahrungen Entwicklungsbedarfe in der Praxis identifiziert, aufgreift und sich um die regionale Weiterentwicklung kümmert. Dem heute schon bestehenden Gremium würde damit deutlicher die Rolle des Projektbegleiters und -beraters zugeordnet.

(...) dass sie darüber auch einfach eine Verifizierung der Dinge, wie sie gelaufen sind, vornehmen können, d. h. sie können dann auch diesem übergeordneten Gremium sozusagen, was sich vielleicht ein Mal im Jahr oder so trifft, berichten wie erfolgreich Absprachen waren, wie zielgenau dort Verabredungen getroffen wurden und wie diese dann auch umgesetzt wurden. Das fände ich spannend, das fände ich, wäre etwas, wo man etwas nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ festhalten könnte in einer Systematik, die man sich dann überlegen müsste. 00:11:34-6

*Vorschlag: Das Verfahren der kollegialen Beratung anpassen*

Ein weiterer Vorschlag bezieht sich auf den praktizierten Ansatz der kollegialen Fallberatung, der ursprünglich für die Anwendung innerhalb eines Hilfesystems entwickelt worden ist. Sowohl für Konferenzen, bei denen Klientinnen und Klienten anwesend sind, als auch grundsätzlich bezogen auf die spezifischen Zugänge und Abstimmung der Handlungsschritte bei zwei beteiligten Hilfesystemen sieht eine Interviewpartnerin deutlichen Bedarf:

Was ich finde, was wir noch mal klären müssen ist, ist dieses Schema der kollegialen Beratung. Das ist mir letztes Mal auch bei dem Fall, als der Klient selber dabei war, deutlich geworden. Das geht so eigentlich nicht. Da müssen wir noch andere Strukturen finden, wie wir die kollegiale Beratung strukturieren. Weil es geht ja nicht nur darum, dass es einen Falleingebenden geben muss, aber es müssen eben auch eigentlich systematischer die unterschiedlichen Zugänge und Sichtweisen abgefragt werden und dann miteinander eben ausgehandelt werden. Und dafür passt dieses System eigentlich nicht, das ist mir noch mal so deutlich geworden bei dem Klienten, welche Rolle hatte er da eigentlich? An welcher Stelle kann er denn eigentlich was sagen und das gilt aber auch auf die anderen Fälle... 00:00:50-6

**Zusammenfassend** lässt sich festhalten, dass die interdisziplinäre Fallberatung mit Fachkräften aus den Hilfesystemen Jugendhilfe und Psychiatrie von den beteiligten Fachkräften als bereichernd und hilfreich – insbesondere für das Fallverstehen – erlebt wird. Die Abstimmung von Handlungsschritten fällt allerdings noch dahinter zurück, da z. T. nicht die beteiligten Fachkräfte aus beiden Hilfesystemen anwesend waren und die Methode der Beratung selbst noch nicht ganz für die kooperative Abstimmung von zwei Hilfesystemen passt. Darüber hinaus belegen die Interviews aber, dass die Fallkonferenz auch jenseits der Fallebene zur nachhaltigen Verbesserung der Vernetzung vor Ort beiträgt.

Die Auswertung der Interviews zeigt allerdings auch, dass das gegenwärtige Setting der Fallkonferenz in der aktuellen Form noch nicht passend scheint. Dies betrifft zum einen die Zusammensetzung der Konferenz und zum anderen den Verfahrensablauf. Die Mitwirkung zahlreicher Personen, die nicht im Fall beteiligt sind, erschwert für einige Fachkräfte nicht nur den Zugang, sondern scheint sich auch erschwerend auf die konkrete Abstimmung von Handlungsschritten auszuwirken. Erste Vorschläge gehen hierzu in die Richtung, dass ein oder zwei „Expertinnen und Experten“ aus dem Projekt stärker einzelne fallbezogene interdisziplinäre Fachgespräche unterstützen.

Auch für die Fortschreibung der Beratungsmethode gab es bereits konkrete Hinweise. Die angewandte Beratungsmethode ist für die Fallberatung innerhalb eines Aufgabenbereichs entwickelt worden und entsprechend auf die Unterstützung einer verantwortlichen Fachkraft ausgerichtet. Sie muss – so legen es die Ergebnisse nahe – im Rahmen der interdisziplinären Beratung mit zwei Hilfesystemen stärker auf die gleichzeitig beteiligten Fachkräfte der verschiedenen Hilfesysteme mit ihren mitunter unterschiedlichen Aufträgen und Perspektiven sowie stärker auf die konkrete Abstimmung von Handlungsschritten abgestimmt werden.

## 4. Ergebnisse und Empfehlungen

Im Folgenden sollen zunächst zentrale Ergebnisse der externen Evaluation in Thesenform dargestellt werden. Diese Ergebnisse wurden im Vorfeld bereits mit den ständigen Mitgliedern der Fallkonferenz (im Verständnis einer formativen Evaluation) diskutiert. Von daher fließen einzelne Aspekte dieser Diskussion schon in die Formulierung und Begründung der Ergebnisthesen ein. In einem zweiten Schritt werden Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung zur weiteren Ausgestaltung des Projektes formuliert. Auch diese Empfehlungen waren bereits Gegenstand der Diskussion in der Projektgruppe. Auch hier wurden von der wissenschaftlichen Begleitung einzelne Aspekte der Diskussion schon eingearbeitet. Allerdings sind die Vorschläge nicht als abgestimmte Strategie zu lesen – hierfür bedarf es noch erheblicher Diskussionen und Anpassungen an die örtlichen Möglichkeiten. Insofern geben die Empfehlungen nur die Meinung der Autoren dieser Evaluationsstudie wieder.

### 4.1 Zentrale Ergebnisse der Evaluation

#### **1. Das Projekt fördert das gegenseitige Verständnis von Jugendhilfe und Psychiatrie auf der Meta-Ebene. Der Nutzen für die Fall-Ebene ist eher langfristig zu erwarten.**

Als zentrales Ergebnis ist zuerst festzuhalten, dass das Projekt einen wertvollen Beitrag zum gegenseitigen Verständnis der beiden zentral involvierten Handlungssysteme Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie geleistet hat und leistet. Es bringt Akteure aus beiden Systemen zusammen, die durch ihre Teilnahme an den Fallkonferenzen ihre Wissensbestände über das jeweils andere Hilfesystem erweitern. Insbesondere auf der Ebene der „ständigen Mitglieder“ der Fallkonferenz gibt es ein vertieftes Verständnis darüber, wie das jeweils andere System „tickt“, d. h. welche Zielsetzungen und Arbeitsaufträge dort bestehen und welche Handlungsmuster dort vorherrschen. Ziel des Projektes war und ist es, solche Wissensbestände und Erfahrungen auf eine breite Basis zu stellen. Die vom Projekt organisierten Fachtage sind ein wertvoller Bestandteil dieser Strategie. Dies wird von allen befragten Personen deutlich bestätigt. Allerdings muss auch festgestellt werden, dass sich die erlebten Unterschiede in Zielen, Aufträgen und Handlungsmustern der beiden Disziplinen nicht allein durch gegenseitige Information aufheben lassen. Die Synchronisation der Problemsichten und das Abstimmen von Handlungsstrategien stellen sich im Alltag als schwierig dar und erfordern auf beiden Seiten ein erhebliches Aufeinanderzugehen. Die bisherigen Aktivitäten liefern hierfür ein immer tragfähigeres Fundament, welches zukünftig verstärkt für diese Zielsetzungen genutzt werden kann und sollte.

#### **2. Die praktizierten Fallberatungen werden stark beeinflusst durch die Zusammensetzung des Gremiums. Dort sind die im Fall handelnden Akteure in der Minderzahl.**

Zu dieser Ergebnisthese lassen sich insbesondere folgende Aspekte festhalten: Zunächst wird das Setting der Fallkonferenz aufgrund der für die falleinbringenden Fachkräfte Vielzahl „fremder“ Personen (LWL-Landesjugendamt Westfalen, Psychiatriekoordination, wissenschaftliche Begleitung) als sehr hochschwellig beschrieben. Den Fachkräften ist die Bedeutung der Zusammensetzung nicht immer klar. Das „Hereingebeten werden“ in einen festen Kreis von Personen, die vorher schon beraten haben und anschließend weiter beraten, befördert diesen Eindruck. Zum zweiten trägt die in der Fallkonferenz bestehende Überzahl von Personen, die nicht im Fall beteiligt sind, dazu bei, dass die Perspektive der Fallkonferenz stärker auf der Fallvorstellung und Fallerläuterung liegt als auf der Planung und Begründung konkreter Schritte. Dies wurde als Mangel der Fallkonferenz kritisiert. Schließlich führt die Tatsache, dass die überwiegende Zahl der Fachkräfte in den Fallberatungen aus der Jugendhilfe kamen, dazu, dass die Beratungen selber stärker auf Bedarfe der Jugendhilfe abheben – zumal es in der Regel diese sind, die ihre Beratungsfragen in das Gremium einbringen. Die angestrebte Abstimmung zwischen den Fachkräften der verschiedenen Systeme kommt dagegen bislang zu kurz.

### **3. Die eingebrachten Fälle weisen eine große Spannweite auf, da es bislang keine Kriterien gibt, nach denen spezifische Fälle eingebracht werden. Der Beratungs- und Abstimmungsbedarf liegt insbesondere auf Seiten der Jugendhilfe.**

Außer einer bestehenden oder erwarteten Relevanz eines Falles für die Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie gibt es bewusst keine Regeln (z. B. bei Eintritt der anderen Disziplin in den Fall, bei absehbar langfristigem Betreuungsbedarf, in Krisen, bei unterschiedlichen Einschätzungen, etc.), nach denen Fälle in die Fallkonferenz eingebracht werden können. Die Einbringung erscheint eher unsystematisch, „auf Zuruf“. Die Motivation der einbringenden Fachkräfte, hier einen Fall vorzustellen, unterscheidet sich ebenfalls. Hier spannt sich der Bogen von eigener Motivation bis zur Aufforderung durch Vorgesetzte oder Team. Zudem gelingt es in den Fallkonferenzen nur selten, alle in einem Fall beteiligten handelnden Akteure an den Tisch zu bekommen. Die Beratungen sind zwar interdisziplinär. Überwiegend werden die „Fälle“ bislang jedoch aus der Jugendhilfe eingebracht und sind in der Fallkonferenz „nur“ die zuständigen Fachkräfte aus der Jugendhilfe vertreten. Dies hat allerdings auch damit zu tun, dass der Handlungsdruck in der Regel stärker auf der Jugendhilfe lastet, da sie den Auftrag zur Sicherung des Kindeswohls (auch in Situationen, wo Eltern sich nicht beteiligen (können)) hat.

### **4. Fallberatungen im Kontext der Fallkonferenzen sind vorrangig auf das Fallverstehen ausgerichtet und weniger auf die Besprechung von konkreten Handlungsschritten. Die Synchronisation von Problemdefinitionen gelingt bislang erst in Ansätzen.**

In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Fallkonferenz weniger einen Verabredungs- als vielmehr einen Beratungscharakter hat. Wie schon zur These 2 angemerkt ist die Zusammensetzung des Beratungsteams durch ihre ständigen Mitglieder dominiert. Zu viele „unbeteiligte“ Beraterinnen und Berater tragen dann offensichtlich dazu bei, dass der Fokus der Fallberatung überwiegend auf dem Verstehen und weniger auf dem Handeln liegt. Die angewandte Beratungsmethode ist stärker auf Fallverstehen und daraus folgende Handlungsschritte im ASD/BSO und damit auf *eine* „fallführende“ und handelnde Fachkraft denn auf die verbindliche Entwicklung von Handlungsschritten in Abstimmung mehrerer beteiligter Helfer aus verschiedenen Systemen ausgerichtet. Die Synchronisation von Fallverständnis/Problemdefinition gelingt nur in Ansätzen, weil nicht immer die handelnden Akteure am Tisch sitzen und weil die Klärung der Aufträge und die Fallvorstellung aus Sicht der verschiedenen Hilfesysteme keinen gleichwertigen Raum haben. In der Regel ergänzen die Vertreterinnen aus dem psychiatrischen Bereich die Vorstellung aus der Jugendhilfe.

### **5. Sind eingebrachte Beratungsfragen wenig konkret und nur ansatzweise mit den Zielfragen des Projektes identisch, erschwert das sowohl klare Beratungsergebnisse als auch die Synchronisation zukünftiger Handlungsschritte und Hilfeansätze im Fall.**

Die eingebrachten Beratungsfragen haben eher selten eine interdisziplinäre, die Koordination und Kooperation betreffende Zielrichtung. Sie richten sich zumeist darauf, was die einbringende Fachkraft selbst tun kann (Nicht: Wie tun **wir** es am besten? Sondern: Was soll **ich** machen?). Wenn die Fallvorstellung zu knapp ausfällt und/oder nur aus einem beteiligten Hilfesystem geleistet wird, ist damit nur eine schmale Basis für die anschließende Beratung gegeben. Gerade unter dem Aspekt der unterschiedlichen Ziele, Aufträge und Handlungsmuster der beiden Disziplinen sind die Beratungsfragen häufig zu sehr auf das Handeln nur einer Disziplin (meist der Jugendhilfe) ausgerichtet. Sind bereits in der Fallkonferenz nicht beide Systeme mit zuständigen Fachkräften vertreten, erschwert dies die Abstimmung und Synchronisation auf der Handlungsebene. Kooperation im Fall erfordert die Klärung der Frage „Wer hat den Hut auf?“. Synchronisation der Handlungsschritte setzt unbedingt die Anwesenheit von Vertreterinnen und Vertretern beider zu synchronisierenden Systeme voraus. Kooperation und Synchronisation im Rahmen der Fallkonferenz macht es zudem notwendig, dass die jeweiligen fallzuständigen Fachkräfte auch ein Mandat haben, in diesem Setting verbindliche Absprachen treffen zu können.

**6. Die Familien schätzen die unterschiedlichen Unterstützungs- und Hilfeangebote, erleben die Hilfen aber nicht immer als optimal abgestimmt. Die Kooperation bzw. kooperative Absprachen sind nicht immer transparent, was z. T. dazu führt, dass sich einige unzureichend informiert bzw. beteiligt fühlen.**

Gefragt nach der wahrgenommenen Kooperation zeigen die Interviews mit den Familien, dass es nicht immer gelingt, die einzelnen Rollen der beteiligten Dienste klar zu vermitteln. Dann bleibt auch deren Kooperation für die Familien unklar. Zum Teil wissen die Familien nicht, welche Fachkräfte zu welcher Institution gehören und was sie von wem erwarten können. Wenn den Familien nicht klar ist, wann wer was mit wem bespricht, kann das zu Misstrauen führen. Wenn bei Hilfen mit multiprofessionellem Hilfebedarf noch durch Wechsel etc. weitere Fachkräfte hinzukommen, fehlt den Familien Kontinuität. Aus Sicht der Familie soll jemand den Hut aufhaben, dem sie vertrauen. Die Person soll gerade in Phasen, in denen sich psychische Erkrankungen verschlechtern, den Überblick behalten. Dort wo das gelingt, führt das auf Seiten der Adressatinnen und Adressaten offensichtlich zu einem großen Vertrauen und einer hohen Mitwirkungsbereitschaft.

**7. Eine zentrale Kooperationsherausforderung sind die unterschiedlichen Handlungsstrukturen der einzelnen beteiligten Systeme, verbunden mit unterschiedlichen regionalen Strukturen und Zuständigkeiten. Der notwendige Synchronisationsprozess zeichnet sich zwischen den teilstationären Angeboten der Psychiatrie und der Jugendhilfe am erfolgreichsten ab.**

In diesem Zusammenhang sind folgende Aspekte festzuhalten: Die stationäre Psychiatrie ist zentral im Kreis verortet. Niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiatern sind in das System nicht eingebunden/nicht einbindbar. Im Kreis gibt es drei Jugendämter und im Kreisjugendamt vier Regionalstellen. Für die Psychiatrie ist dieses System nicht ohne weiteres durchschaubar. Zudem ist die Rolle des sozialpsychiatrischen Dienstes (bezogen auf das Projekt und die daraus folgenden Erwartungen) nicht klar definiert. Allerdings sind die teilstationären Angebote regional ausgerichtet. Hier ist (wie das Projekt zeigt) am ehesten eine unmittelbare für beide Seiten fruchtbare und Gewinn bringende Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie realisierbar. Der in Halle gewählte Ansatz, ein spezifisches Kooperationssetting – abgestimmt auf die besonderen Gegebenheiten in der Region – zu entwickeln und zu realisieren, ist unter diesen Bedingungen ein sehr Erfolg versprechender Weg, die Kooperation zwischen den Systemen zum Nutzen der Klienten/Patienten/Kunden produktiv auszugestalten.

**8. Die Struktur der Fallkonferenz repräsentiert verschiedene Ebenen (operative Ebene der fallzuständigen Fachkräfte und Leitungs- bzw. Trägerebene). Durch die Zusammensetzung des Beratungsgremiums vermischen sich die Zielebenen der Fallkooperation mit der der Systemkooperation.**

Die Fallkonferenz versucht ganz unterschiedliche funktionale (fallzuständig/nicht fallzuständig), disziplinäre (Jugendhilfe/Psychiatrie) und positionale (Leitung-/Fachkräfte) Ebenen zu vereinen. Dies behindert eine klare Fokussierung von Aufgaben und Handlungsstrategien. Aus der Sicht der handlungsverpflichteten fallführenden Fachkräfte stellt sich die Frage nach dem Nutzen einer eher allgemein auf interdisziplinäres Fallverstehen gerichteten Beratung. Aus der Sicht der Systeme sind die eingebrachten Fälle zu speziell, um daraus generalisierbare Folgerungen ableiten zu können. Vieles spricht vor diesem Hintergrund für eine Trennung von Steuerungsgruppe, die für Vernetzung und Schaffung von guten Rahmenbedingungen zur Kooperation der verschiedenen Hilfesysteme zuständig ist, und der Fallkonferenz, in der es um die Kooperation im Fall geht (vgl. auch Punkt 4.2).

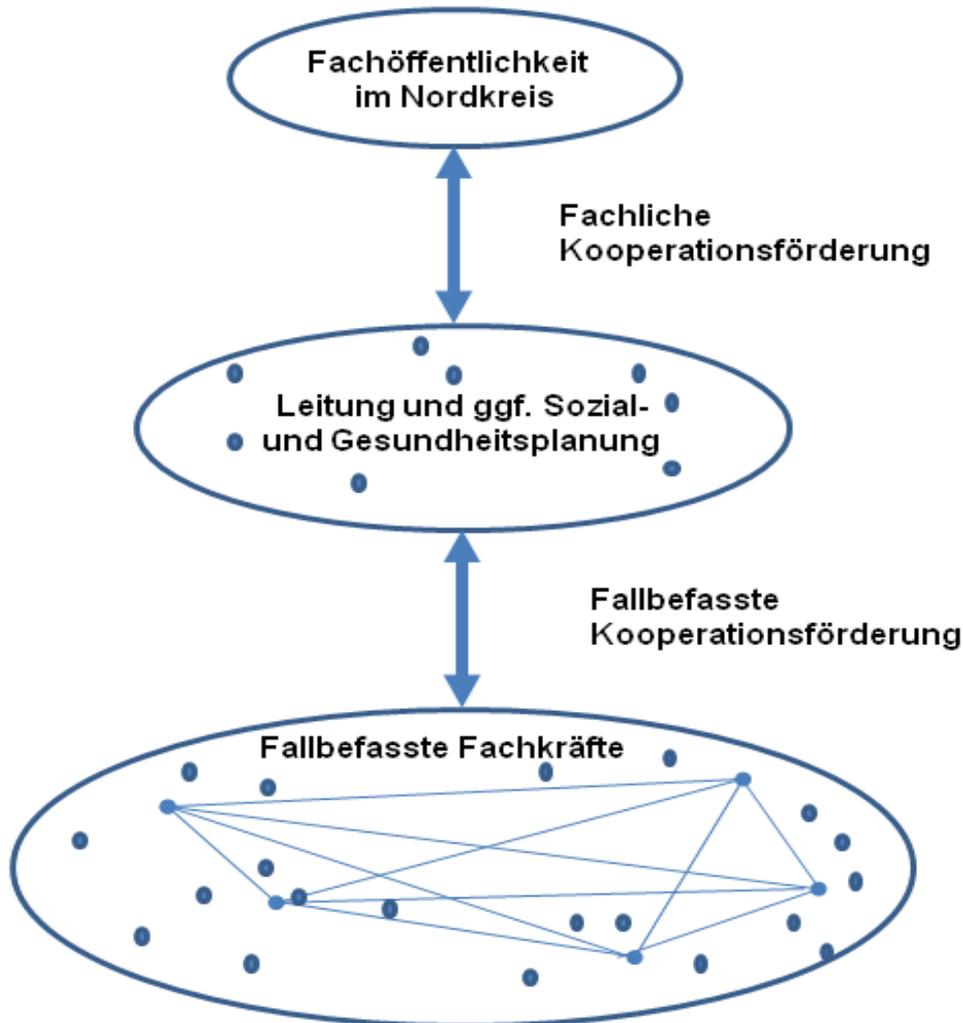
#### **4.2 Empfehlungen aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung**

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse der Evaluation, die sich auf die Projektstruktur (und hier insbesondere auf die Fallkonferenz) beziehen, aufgenommen und hieraus Empfehlungen für die Weiterführung der Arbeit abgeleitet. Der Vorschlag der wissenschaftlichen Begleitung zur Weiterentwicklung der Kooperations- und Vernetzungsstruktur zielt auf die Dif-

ferenzierung von Kooperationsebenen, die derzeit in dem Beratungsgremium zusammengebunden sind.

Der Vorschlag sieht vor, dass derzeit vorwiegend von der Fallkonferenz wahrgenommene Aufgaben stärker differenziert werden. Dies ergäbe eine Vernetzungsstruktur, die folgende drei Ebenen aufweist (vgl. Abb. 4):

**Abbildung 4: Ebenen der Kooperation im Projekt (Vorschlag)**



\*Die Linien markieren das mögliche Netzwerk einzelner Personen in einem Einzelfall. Im Idealfall überschneiden sich viele solcher einzelfallbezogenen Kooperationsnetze und verdichten sich damit zu einem professionellen Netzwerk.

#### 1. Ebene der fachlichen Vernetzung im Nordkreis Gütersloh (jährlich)

Die Projektakteure haben das Thema der Kooperation verschiedener Hilfesysteme bei Familien, die auf die Hilfe und Unterstützung aus jedem dieser Systeme angewiesen sind (multiprofessioneller Hilfebedarf), erfolgreich auf die fachpolitische Agenda gesetzt. Der Erfolg der ersten beiden Fachtage macht den Bedarf an übergreifendem Austausch deutlich. Hier ist die Ebene, wo man fachliche Inputs bekommt, Perspektiven und Perspektivendifferenzen der einzelnen Hilfesysteme kennen lernen und austauschen kann. Die Funktionen solcher Fachtage vor Ort als Netzwerktagungen sind insbesondere die Gewährleistung regelmäßiger interdisziplinärer fachlicher Impulse, das Aufgreifen übergreifender Themen und Strömungen, die Schaffung eines Forums, in dem gelingende Kooperationserfahrungen von beiden Seiten gemeinsam vorgetragen und damit weitere Fachkräfte inspiriert werden sowie die Beförderung des wechselseitigen Kennenlernens der Fachkräfte der einzelnen Dienste und Disziplinen als Grundlage einer Netzwerkbildung auf Fachkräfteebene. Durch solche Ver-

anstaltungen und die damit verbundene (Fach-)Öffentlichkeitswirkung kann das Verständnis für die jeweiligen Aufgaben, Schwierigkeiten, Handlungsmöglichkeiten und Handlungsgrenzen der verschiedenen Hilfesysteme gestärkt werden – was eine sehr wichtige Basis für eine mögliche Kooperation im Einzelfall darstellt.

### *2. Ebene der Leitung und Fachplanung (zweimal jährlich)*

Auf dieser Ebene treffen sich verantwortliche Personen aus Leitung und Fachplanung um Fragen der Kooperation zu thematisieren. Inhalte sind Fragen der Infrastruktur sowie Fragen der Kooperationsbedingungen der Fachkräfte in und zwischen den Hilfesystemen. Diese Ebene ist dafür verantwortlich, dass Kooperation und Vernetzung nicht nur möglich gemacht wird, sondern auch tatsächlich entsteht. Dies bedeutet insbesondere, dafür Sorge zu tragen, dass einerseits kooperationsfördernde Rahmenbedingungen hergestellt werden (Zeit, Räume, Fahrtkosten etc.) und andererseits solche Rahmenbedingungen von den Fachkräften auch genutzt werden. Die zentralen Aufgaben und Funktionen dieses Gremiums beständen darin, kooperationsfreundliche Strukturen in der jeweiligen Organisation auf Leitungsebene abzusichern und Kooperationsaktivitäten auf der Fachkräfteebene einzufordern, zu ermöglichen, zu begleiten und auszuwerten (Sicherstellung des Netzwerkes handelnder Akteure). Bei der Entstehung von „Löchern“ im Netzwerk der Fachkräfte (durch z. B. Weggang einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) gehen von hier Aktivitäten zur Wiederherstellung funktionierender Netze aus. Zudem gehen von hier wesentliche Impulse auf die örtliche Jugendhilfe-, Psychiatrie- und Sozialplanung aus. Die Ebene der Leitung und Fachplanung ist damit das wesentliche Bindeglied zwischen dem Anspruch allgemeiner Vernetzung (fachliche Kooperationsförderung) und der Umsetzung der Kooperation im Einzelfall durch die Fachkräfte der verschiedenen Systeme.

### *3. Ebene der im Einzelfall handelnden Fachkräfte (bei Bedarf)*

Auf dieser Ebene realisiert sich die Kooperation und entsteht Vernetzung durch gemeinsame Erfahrung. Hier sollten sich zur kollegialen Beratung und Absprache nur die Personen treffen, die tatsächlich in einem Fall aktiv sind und die aus diesem Grund ein spezifisches Interesse daran haben (müssten), ihr Handeln in den Kontext der Gesamthilfe zu stellen. Die zentralen Funktionen und Aufgaben dieser Ebene sind die fallbezogene Synchronisation von Problemdefinitionen und die fallbezogene Synchronisation von Handlungsstrategien (mithin die Umsetzung der zentralen Projektziele). Für die hier zu schaffenden fallbezogenen Kooperations- und Koordinationsgespräche ließen sich auf der Basis der Evaluationsergebnisse spezifische Regeln formulieren, wie sie beispielhaft in Abb. 5 aufgeführt sind.

### **Abbildung 5: Mögliche Regeln zur Gestaltung interdisziplinärer Fallbesprechungen**

- A. Der Austausch erfordert die Zustimmung der betroffenen Adressatinnen und Adressaten. (Auch in Fällen von vermuteter Kindeswohlgefährdung sollte es keinen Austausch ohne Wissen der Adressatinnen und Adressaten geben.)
- B. Wenn Eltern (und ältere Kinder) an diesen Sitzungen teilnehmen wollen können/sollten, wird das Setting der Besprechung so angepasst, dass Eltern und Kinder eine adressatengerechte Möglichkeit haben, ihre Sicht und ihre Fragen einzubringen sowie Einfluss auf die Vereinbarung von Handlungsschritten zu nehmen.
- C. Entsprechend der interdisziplinären Ausrichtung erfolgt die Fallvorstellung durch handelnde Fachkräfte aus den beiden Hilfesystemen. Sie nehmen aus ihrer Perspektive folgende sechs Fragen in den Blick:
- Was ist mein Auftrag in dem Fall?
  - Was ist meine Beratungsfrage?
  - Wie sehe ich das zu behandelnde Problem? (Schnittmengen und Widersprüche mit anderen?)
  - Was kann/soll/werde ich tun?
  - Was erwarte ich/wünsche ich mir von den anderen?
  - Wer hält die Fäden in der Hand?

- D. Die Moderation unterstützt in der interdisziplinären Fallbesprechung nicht nur die einzelnen Beratungsphasen, sondern achtet darauf, dass die handelnden Fachkräfte aus beiden Hilfesystemen in diesen Phasen ihre Einschätzungen, Fragen und Handlungsoptionen einbringen.
- D. Die Fachkräfte sind für die Fallberatung von ihren Organisationen mit dem Mandat auszustatten, verbindliche Absprachen treffen zu können.
- E. Am Ende des Gespräches wird ein Ergebnis formuliert, das nachprüfbare Handlungsschritte enthält. (Wer tut was bis wann?) (Dies wird als Ergebnisprotokoll der Leitung zugänglich gemacht, die die Umsetzung für ihren Bereich kontrolliert. Auf diese Weise ist Leitung – und damit die zweite Ebene – ständig über Kooperationsanforderungen, das Gelingen oder Misslingen von Kooperation informiert. Sie kann aber auch Einfluss nehmen, wenn von den Fachkräften Handlungsrahmen nicht ausgenutzt oder überschritten werden.)
- F. Das Ergebnis des interdisziplinären Austausches wird den Eltern im Anschluss an das Gespräch zeitnah mitgeteilt. Die Runde bestimmt, wem diese Aufgabe sinnvollerweise zufällt.

In bestimmten (vor allem potentiell konflikthaften) Einzelfällen wäre noch der zusätzliche Einbezug eines/einer nicht mit dem Fall befassten Moderators/Moderatorin sinnvoll. Eine Folge solcher regelmäßigen Kooperationserfahrungen der Fachkräfte wäre die Herausbildung von „Netzwerken“ von Fachkräften, die sich wechselseitig kennen und die das Handeln der jeweils anderen Fachkräfte antizipieren und einordnen können. Erforderlich wäre allerdings eine eindeutige Erklärung der Organisationen (Jugendamt, freie Träger, psychiatrische Einrichtung, ggf. ARGE), dass eine solche Kooperation gewollt und gewünscht ist und hierfür die nötige Zeit und ggf. Mittel bereitgestellt werden.

Wie man erkennen kann ist die mittlere Ebene, die der Leitungs- und Organisationsebene, für die Schaffung der Kooperationsstrukturen von tragender Bedeutung. Gegenüber der ersten Ebene, also den fallbefassten Fachkräften, hat sie die organisatorischen Rahmenbedingungen zur Kooperation sicher zu stellen. Die hier vertretenen Leitungspersonen haben im Rahmen ihrer Leitungsverantwortung dafür zu sorgen, dass Kooperation auch stattfindet und verbindlich gestaltet wird. Zur dritten Ebene – der Fachöffentlichkeit im Nordkreis – hin steht sie in der Verantwortung für die thematische und „mentale“ Kooperationsförderung, indem sie inhaltliche Impulse mit persönlichem Erfahrungsaustausch verknüpft und damit eine kooperationsfreundliche Haltung in der Region befördert.

## **„Die Jugendhilfe selbstverständlich mitdenken“: Ergebnisse des Projekts aus Sicht der Psychiatrie**

*Frau Retzlaff, was hat Sie damals motiviert, sich als Mitglied der Fallkonferenz im Modellprojekt zu beteiligen?*

Im Rahmen unserer Arbeit hatten wir oft mit der Jugendhilfe, besonders Kolleginnen vom Jugendamt zu tun. Deutlich wurde dabei, dass es große Kommunikationsprobleme, aber auch Schwierigkeiten mit den unterschiedlichen Anforderungen der Systeme gab. Es war mir ein besonderes Anliegen, daran etwas zu verändern.

*Was hat sich für Sie heute im Zusammenspiel mit der Jugendhilfe wesentlich verändert?*

Mein Blick auf die Jugendhilfe hat sich geändert. Meines Erachtens haben beide Seiten gelernt, dass es nicht immer sofort Lösungen geben muss, dass es ein Anfang ist die Dinge miteinander zu besprechen, dass sich dann oft Lösungen ergeben. Früher hatte ich eher das Vorurteil, dass die Jugendhilfe die Kinder aus den Familien nimmt, etwas was ich heute überhaupt nicht mehr habe. Ganz im Gegenteil, es wird eigentlich eher alles getan, dass die Kinder in den Familien verbleiben können.

Dabei ist meine Sichtweise sicherlich durch meinen Blick und meinen Auftrag bestimmt. Ich bin dabei parteilich für die Eltern. Meine Aufgabe ist es für meine erwachsenen Patienten da zu sein. Das ist meine primäre Aufgabe. Ich finde auch, dass die Jugendhilfe parteilich für die Kinder ist und das sollte auch so sein und das ist auch gut und richtig so. Und trotzdem heißt das noch lange nicht, dass man sich bekämpfen oder bekriegen muss, sondern dass man hervorragend gemeinsame Lösungen erarbeiten kann, indem man versucht sich besser zu verstehen. Heute habe ich keine Angst mehr mich an das Jugendamt zu wenden oder die Sorge, dass dann die Kinder weggenommen werden. Wenn das notwendig war, hatte es in meinen Augen immer Sinn und Verstand.

*Mit der Parteilichkeit sprechen Sie strukturell relevante Aspekte in der Kooperation von Psychiatrie und Jugendhilfe an. Sind für sie weitere deutlich geworden?*

Also mir ist die unterschiedliche Zeittaktung deutlich geworden, woher auch der Druck der Jugendhilfe kommt. So sehe ich zum Beispiel eine Patientin mit einer Borderline-Störung, die sich innerhalb von zwei Jahren stabilisiert, als einen schnellen Behandlungserfolg. Für die Jugendhilfe ist dieses sehr lang und die Kollegen und Kolleginnen sagen zu Recht „so lange können wir nicht warten“. Also was für mich in der Tagesklinik oder für den ambulanten Bereich schnell ist, ist für die Jugendhilfe oft sehr lang. Außerdem arbeiten wir in der Tagesklinik mit der Freiwilligkeit der Patienten, die sich für oder gegen eine Behandlung entscheiden. Dieses ist bei der Jugendhilfe oft anders, sie muss auch zum Wohle der Kinder handeln, wenn die Eltern nicht freiwillig mitwirken.

*Das Projekt zielte und zielt auf eine verbesserte Kooperation zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Hat das Ihres Erachtens über die Mitglieder der Fallkonferenz hinaus gegriffen?*

Bei den Kollegen von der ambulanten Erziehungshilfe, die viele Fälle eingebracht haben, glaube ich schon. Die Kontaktaufnahme ist einfacher geworden, das Verständnis von einigen Erkrankungen hat sich geändert oder auch einfach nur die Wahrnehmung dafür, dass sie manchmal in einer schwierigen Position sind. Ein Kollege hatte mal einen Fall vorstellt, da ist die Frau später hier aufgenommen worden. Nach einer Woche war sie wieder weg. Sie ist einfach nicht wieder gekommen. Es gab immer noch keine klare Diagnostik und diese Situation „was hat denn Mama eigentlich oder wir vermuten eine psychische Erkrankung“ ist

---

<sup>7</sup> Kerstin Retzlaff arbeitet als Psychologin in der alltagspsychiatrischen Tagesklinik Halle des LWL-Klinikums Gütersloh und ist ständiges Mitglied der Fallkonferenz. Das Interview wurde geführt von Martina Kriener, Fachhochschule Münster, wissenschaftliche Begleitung des Projekts.

nicht gelöst worden. Das fand ich für den Kollegen sehr frustrierend und dennoch hat er daraus aber auch Konsequenzen für seine Arbeit mit dieser Frau gezogen. In der Psychiatrie sind wir auf die Freiwilligkeit und auch Motivation zur Veränderung angewiesen. Sicherlich ist das Erreichen dieser oft auch ein Teil unserer Arbeit. Manchmal müssen wir aber auch damit leben, dass die Patientinnen nicht wollen oder auch noch nicht können.

Von Kollegen – eher aus dem Jugendamt – höre ich manchmal „ach, das können wir alles gar nicht leisten, alles ist zu viel“. Sicherlich haben sie viel zu tun, sind vielleicht auch oft überlastet und eine Kontaktaufnahme zur Psychiatrie ist ein „noch mehr“. Das ist sehr schade, denn vielleicht vereinfacht es auch die eigene Arbeit. Mit anderen wiederum ist der Austausch deutlich besser geworden und alle Seiten, besonders die Kinder und die erwachsenen Patienten können profitieren. Die Mitarbeiter, die jetzt die Klinik kontaktieren, haben auch Erfolgsgefühle, dass wenn sie das machen, die Kollegen auch da sind. Es gibt für die stationären Bereiche konkrete Anlaufstellen. Also das ist – glaube ich – ein ganz neues Erleben für die Jugendhilfe. Wenn sie die Leute kontaktieren, kommen sie auch weiter.

*Geht mit einer verbesserten Kooperation auch eine bessere Abstimmung des Problemverständnisses einher, was ja ein wichtiges Ziel der interdisziplinären Fallkonferenz ist?*

Ich glaube schon. In der Fallkonferenz beziehen wir uns in der Beratung letztendlich nur auf die Schilderung der einbringenden Fachkraft. Z. T. ist es uns, den Vertretern der Erwachsenenpsychiatrie, teilweise gelungen etwas Störungsspezifisches in seinen Auswirkungen auf die häusliche Situation klar zu machen. Eher hölzern ist es dann, wenn wir zu wenige Informationen haben. Besonders gut gelingt dies, wenn Fachkräfte aus der Psychiatrie und der Jugendhilfe gemeinsam einen Fall einbringen, dann können auch die anstehenden Handlungsschritte konkret geklärt werden. Da wurde z. B. aus dem Erwachsenenbereich eine Patientin vorgestellt und hinterher sind ganz konkret ambulante Erziehungshilfe inklusive Notfallplänen abgelaufen, das hat funktioniert. Und bei einer anderen Patientin ging es um die Planung, was passiert mit dem jetzt noch ungeborenen Kind, welche Hebammen können da zum Einsatz kommen, welche Finanzierungen könnten möglich sein, etc. Sowohl die Fallkonferenz als auch die späteren Handlungsschritte sind ganz konkret gelaufen. In einem Fall, in dem die Psychiatrie nicht vertreten war, gelang es die Ergebnisse in den stationären Bereich zu transportieren, ein späterer runder Tisch mit allen Beteiligten war geplant, fand aber nie statt. Warum dieses nicht geschah, wusste glaube ich keiner so genau. Manchmal hakt es dann doch noch in der konkreten Umsetzung.

*Klar wird die Bedeutung von verbindlichen Ansprechpersonen oder Multiplikatoren. Sie haben diese Funktion offensichtlich in der Tagesklinik übernommen. Wie sieht das im stationären Bereich aus?*

Da gibt es eine große Offenheit. Für die Bereiche Allgemeine Psychiatrie und Sucht gibt es Ansprechpartnerinnen. Auf den Stationen gibt es oft ärztliche und therapeutische Wechsel, konstante Ansprechpersonen sind sicherlich wichtig. Ich glaube der Weg in der Klinik ist geebnet, da ist Interesse und die Kollegen beginnen zu handeln. Für die weitere Kooperationsentwicklung ist es wichtig, dass die Kontakte, die da sind genutzt werden und ausgebaut werden. Wer ist zuständig? In welcher Abteilung? Auf welcher Station? Mit wem wurde gesprochen? Die Wege sind m. E. eigentlich auch klar. Sie müssten jetzt häufiger beschriftet werden. Also wenn die Jugendhilfe sagen würde „einmal in der Woche möchten wir hier Fallkonferenzen durchführen“ glaube ich, dass sie dafür Mitarbeiter gewinnen können. Hier sind wir als Projektakteure weiter gefordert, anzuregen und zu unterstützen, dass alle beteiligten Fachkräfte in einem Fall stärker miteinander in Kontakt gehen.

*Damit wären wir bei Ansätzen zur Verbesserung der Kooperation, die sich das Projekt als Voraussetzung für passende Hilfen gesetzt hat. Wie sehen die mittelfristig aus?*

Die Fallkonferenz hat gezeigt, dass sowohl Kooperation im Fall sowie passende Hilfen und abgestimmte Handlungsschritte dann klappen, wenn die beteiligten Fachkräfte zur interdisziplinären Fallberatung zusammenkommen. Mit den bisherigen Fallkonferenzen sind ja bislang nur einige Familien erreicht worden. Hier haben sich erste Vernetzungen ergeben. Es gibt ja wesentlich mehr Kinder von psychisch kranken Eltern. Ich glaube beide Seiten müssen

aktiver werden. Die Jugendhilfe sollte bei einer stationären oder teilstationären Behandlung immer die Klinik kontaktieren und ein gemeinsames Gespräch fordern. Und bei der Klinik heißt es, wenn eine Anfrage von der Jugendhilfe da ist, muss ich als Vertreterin der Psychiatrie da sein, um mit den Kollegen zu sprechen. Nur so können wir uns abstimmen. Auf der anderen Seite sollte auch die Klinik diese Möglichkeit zur Kontaktaufnahme nutzen. Wichtig wäre es, wenn dann zeitnah eine Beratungssitzung zusammen kommen kann. Damit würden wir uns von der jetzigen Struktur der Fallkonferenzen wegbewegen, man kann ja nicht drei Monate warten, wenn man eine Beratung braucht.

*Wie kann denn eine interdisziplinäre Kooperation aussehen, wenn die Eltern zwar als psychisch krank eingeschätzt werden, aber noch nicht im Psychiatriesystem angekommen sind?*

Das ist ein ganz schwieriges Problem, wenn die Jugendhilfe eine psychische Erkrankung vermutet, aber das psychiatrische Erwachsenenetz im Prinzip nicht da ist. Das ist sehr schwer, weil die Eltern nicht unbedingt krankheitseinsichtig sind. Für die Jugendhilfe ist das ein großes Problem. Für die Tagesklinik haben wir konkret angeboten, dass die beteiligten Fachkräfte und/oder Eltern zum Infogespräch kommen können. Das ist völlig unverbindlich, sich mal hier über die Tagesklinik zu informieren. So ein Schnuppern im Rahmen von Infogesprächen, ob stationär, teilstationär, vielleicht auch in der Ambulanz, das wäre eigentlich das, was ich mir am ehesten als machbar vorstellen kann. Z. T. werden solche Infogespräche auch schon häufiger genutzt. Morgen entlassen wir eine Patientin, die so zu uns gekommen ist und nun ein ambulantes Netzwerk hat. Ebenso gibt es einen Vater, der gerne Unterstützung durch die Erziehungshilfe haben möchte. Ein Kollege der ambulanten Hilfe war zu einem Gespräch da und der Patient hat jetzt selbständig Kontakt zum Jugendamt aufgenommen.

*Wo gerade der Begriff Vater fällt. Sollten solche Fallberatungen Ihres Erachtens mit den unmittelbar Beteiligten, z. B. den Eltern stattfinden?*

Das fände ich sehr gut. Mit eines der wichtigsten Bestandteile unserer Arbeit ist das Vertrauen unserer Patienten. Dazu gehört sicherlich auch die Schweigepflicht. Habe ich keine Entbindung vor der Schweigepflicht, darf ich keine Informationen weiter geben. Bisher ist es immer so gewesen, dass dann, wenn wir im Team die Überlegung hatten die Jugendhilfe mit einzubeziehen, dieses mit den Patienten thematisiert haben diese sich freiwillig zu einer solchen Unterstützung entschieden haben. Natürlich fand dieses Gespräch dann mit den Patienten statt. Es geht darum mit den Patienten und nicht über sie zu reden.

*Die Verbesserung der Kooperation hat auch die Entwicklung von Hilfen für Familien mit multi-professionellem Hilfebedarf zum Ziel. Was ist hier Ihre Idee?*

Also ich möchte gerne was Praktisches machen. Ich möchte gerne eine Gruppe für Kinder gemeinsam mit Kollegen der Jugendhilfe zum Thema Psychoedukation oder auch eine Angehörigengruppe für die Partner und Kinder machen. Ich glaube, dass dieses für den präventiven Bereich sehr wichtig wäre und sicherlich auch Vorurteile weiter abbaut. Wir ermutigen unserer Patienten, ihre Kinder hierher mit zu bringen, auch wenn sich einige schwer tun, offen über ihren Aufenthalt in der Tagesklinik mit ihnen zu sprechen.

*Wenn Sie ein Fazit zum Stand des Projektes und dessen Zukunft ziehen, wie sähe das aus?*

Ich bin sehr zufrieden mit dem bisher Erreichten. Für meine Arbeit konnte ich sehr profitieren, besonders dadurch, dass sich meine Sichtweise auf die Jugendhilfe verändert hat und auch die unseres gesamten Teams. Ganz automatisch überlegen wir, ob es bei Patienten mit Kindern sinnvoll ist die Jugendhilfe einzubeziehen oder nicht. Diese andere Wahrnehmung zeigt sich dann auch bei den Patienten. Hilfen für die Kinder werden dann als solche gesehen und nicht als ein weiterer „Mangel“, den der erkrankte Elternteil zusätzlich hat. Alle Beteiligten kennen sich besser und gehen mehr aufeinander zu. Für die Zukunft wünsche ich mir einen weiteren engen Austausch, das bisher Erreichte zu festigen, aber auch neue Wege zu gehen.

# **Rahmenbedingungen schaffen: Strukturen der Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie, Suchtmedizin und Jugendhilfe im Kreis Gütersloh**

## **Hintergrund und Entwicklung der Thematik**

Unter Federführung der Sucht- und Psychiatriekoordinatorin des Kreises Gütersloh hat sich Anfang 2005 die Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Sucht“ als dauerhafter Arbeitskreis der Kommunalen Gesundheitskonferenz konstituiert. Unter Einbindung sucht- und psychiatrierelevanter Akteure (wie Vertreterinnen und Vertreter der Betroffenen und Angehörigen, des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, der Einrichtungen beruflicher Rehabilitation und Integration, der Arbeitsgemeinschaften für wohnbezogene Eingliederungshilfe und der Selbsthilfegruppen im Suchtbereich sowie des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Abteilung Arbeit und Soziales des Kreises Gütersloh) dient die Arbeitsgruppe als eine Art „Beirat“ und Impulsgeber zur Unterstützung von Sucht- und Psychiatrieprojekten. Erklärtes Ziel ist es, einen Beitrag zu leisten zur Optimierung der Versorgungssituation von sucht- und psychisch kranken Menschen und deren Angehörigen.

Die Kinder von sucht- und psychisch kranken Eltern, die als „kleine Angehörige“ in der Vergangenheit nur wenig Beachtung fanden, sind mittlerweile verstärkt in den Blick gerückt. Diese Kinder sind aufgrund der belastenden Familiensituation oft von Entwicklungsstörungen betroffen und haben ein erhöhtes Risiko, selbst später eine psychische Störung oder eine Suchterkrankung zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund hat die Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Sucht“ als erstes Arbeitsfeld die Versorgungssituation von Kindern mit sucht- und psychisch kranken Eltern in den Fokus gestellt. Wegen fehlender Erhebungen bzgl. des betroffenen Personenkreises im Kreis Gütersloh hat die Abteilung Gesundheit durch die Sucht- und Psychiatriekoordinatorin Ende 2005 eine Bedarfsanalyse mittels einer Fragebogenaktion durchgeführt, um zum einen eine Größenordnung der Zielgruppe zu ermitteln, zum anderen qualitative Aspekte zu erfragen. Angeschrieben wurden Institutionen im sucht-spezifischen und psychiatrischen Versorgungsnetz sowie im Jugendhilfe- und Familienberatungsbereich. Neben der rein quantitativen Fragestellung enthielt der Fragebogen auch eine Abfrage über bereits vorhandene spezielle Angebote für die Zielgruppe der Kinder oder geplante Projekte sowie Fragen zur Transparenz des Leistungs- und Hilfespektrums der Einrichtungen.

Die Auswertung des Fragebogens<sup>8</sup> hat einen Anteil von etwa 800 von der Problematik betroffenen Familien im Kreis Gütersloh ergeben; die Verteilung auf die Diagnose Sucht bzw. psychische Störung entspricht 2/3 zu 1/3. Danach ist davon auszugehen, dass allein in 540 Familien mit mindestens einem suchtkranken Elternteil Kinder leben, die mit und in dieser Problematik aufwachsen, wobei diese Zahl lediglich die „Spitze des Eisberges“ darstellt.

Allein bei den Drogen- und Suchtberatungsstellen und beim Sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises Gütersloh sind statistisch 349 minderjährige Kinder erfasst, die mit einem sucht- oder psychisch kranken Elternteil zusammenleben. Hinzu kommen zum einen noch die Kinder der Personen, die sich wegen einer Suchterkrankung oder psychischen Krankheit in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung befinden und nicht Klientinnen und Klienten der vorgenannten Einrichtungen sind, sowie zum anderen die Kinder von sucht- oder psychisch kranken Menschen, die in keinem Hilfesystem „verankert“ sind.

---

<sup>8</sup> Vgl. Kreis Gütersloh (2009): Suchtbericht für den Kreis Gütersloh 2008/2009 – Im Blickpunkt: Kinder von sucht- und psychisch kranken Eltern. S. 5 ff. ([www5.kreis-guetersloh.de/medien/bindata/Suchtbericht\\_2008\\_2009end.pdf](http://www5.kreis-guetersloh.de/medien/bindata/Suchtbericht_2008_2009end.pdf))

## **Förderung der Öffentlichkeitsarbeit und der Netzwerkarbeit**

Aufgrund der Relevanz der Problematik im Kreis Gütersloh ist in einem ersten Schritt die Fachtagung „Spannungsfeld Familie – Kinder von sucht-/seelisch belasteten Eltern“ im April 2007 organisiert worden, die mit einer Resonanz von über 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf ein hohes Interesse und die Bedeutung des Themenkomplexes schließen lässt. Ziel der Veranstaltung war es, insbesondere Fachkräfte des Gesundheits- und Jugendhilfesystems sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus pädagogischen Einrichtungen für die Situation der betroffenen Kinder zu sensibilisieren und Kooperationen zwischen den verschiedenen Hilfesystemen anzuregen. Als Ergebnis der Fachtagung wurde festgehalten, dass die folgenden Themenfelder wichtig und weiter zu bearbeiten sind:

- Bereits bestehende Hilfeangebote müssen in der Fachöffentlichkeit noch besser kommuniziert und verbreitet und für die Betroffenen transparenter gemacht werden.
- Für Kinder verschiedener Altersstufen müssen angepasste Angebote entwickelt werden.
- Bei Eltern mit einer Suchtbelastung oder psychischen Störung müssen die Bedürfnisse der betroffenen Kinder unter Präventivaspekten ebenfalls berücksichtigt werden. Aus diesem Grund ist eine verbindliche Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie, Suchtmedizin und Jugendhilfe erforderlich.

Daraufhin ist die Thematik von Kindern mit sucht- und psychisch kranken Eltern in der Kommunalen Gesundheitskonferenz im Oktober 2007 erörtert worden. Handlungsempfehlungen, die in der Sitzung verabschiedet worden sind, greifen die Ergebnisse der Fachtagung auf:

1. Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung für das Thema „Kinder von sucht- und/oder psychisch kranken Eltern“
2. Konzeption einer Kooperationsvereinbarung zwischen dem Gesundheits- und dem Jugendhilfesystem
3. Entwicklung von Angeboten für die betroffenen Kinder.

## **Umsetzung**

Zur Realisierung der Handlungsempfehlungen der Gesundheitskonferenz hat sich Anfang 2008 eine Arbeitsgruppe gebildet, in der die folgenden Institutionen vertreten sind:

Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen im Suchtbereich Kreis Gütersloh e. V.; Stadt Gütersloh - Jugendamt; LWL-Klinik Gütersloh; Kreis Gütersloh, Abteilung Jugend, Familie und Sozialer Dienst - Regionalstelle Süd; Kreis Gütersloh, Abteilung Gesundheit, Sozialpsychiatrischer Dienst sowie Sucht- und Psychiatriekoordination.

Als ein wichtiger Baustein der Öffentlichkeitsarbeit ist ein Flyer entwickelt worden, der Basisinformationen für betroffene Familien und für professionelle Kräfte enthält. Das Faltblatt mit Angeboten für sucht-/psychisch belastete Eltern und deren Kinder ist im April 2009 herausgebracht worden und steht auch auf der Internetseite des Kreises Gütersloh ([www5.kreis-guetersloh.de/medien/bindata/SuchtundPsychiatrie\\_Layout\\_1.pdf](http://www5.kreis-guetersloh.de/medien/bindata/SuchtundPsychiatrie_Layout_1.pdf)) zur Verfügung.

Grundlage für die zu vereinbarende Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie, Suchtmedizin und Jugendhilfe war der bereits seit 2005 bestehende Kooperationsvertrag zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamm, der Abteilung Gesundheit sowie den Jugendämtern von Stadt und Kreis Gütersloh (inzwischen erweitert um das Jugendamt Verl). In einer intensiven Zusammenarbeit zwischen der LWL-Klinik Gütersloh, dem LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen, der Stadt Gütersloh und dem Kreis Gütersloh ist eine verbindliche Kooperationsvereinbarung entwickelt und im Februar 2009 von den beteiligten Kooperationspartnern unterzeichnet worden. Die Kooperationsvereinbarung<sup>9</sup> soll als Arbeitshilfe den ständigen und notwendigen Dialog in der Zusammenarbeit zwischen Erwachsenenpsychiatrie, Suchtmedizin und Jugendhilfe fördern. Hauptziel ist es, die Hilfebedarfe von Familien mit sucht-/psychisch kranken Eltern und betroffenen Kinder wahrzunehmen und angemessene Hilfen anzubieten. Durch Informationen über Ansprechpersonen, Abläufe und Konflikt-

---

<sup>9</sup> Der Kooperationsvertrag kann eingesehen werden unter: [www5.kreis-guetersloh.de/medien/bindata/Kooperationsvereinbarung\\_KISPE.pdf](http://www5.kreis-guetersloh.de/medien/bindata/Kooperationsvereinbarung_KISPE.pdf), s. auch Anhang.

regelungswege soll Handlungssicherheit und Orientierung gegeben werden. Einen weiten Raum nimmt daher die detaillierte und ausführliche Darstellung der Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten der beteiligten Institutionen – jeweils verknüpft mit den verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – ein.

Im März 2009 ist die Kooperationsvereinbarung im Rahmen einer Fachtagung vorgestellt worden. Zielgruppe waren insbesondere Fachkräfte der beteiligten Institutionen, Familienberatungsstellen, Sucht- und Drogenberatung, Kinderschutzbund, Kinderschutzzentrum und Kinderärztinnen und -ärzte und Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten angesprochen waren. In diesem Kontext wurde das Angebot unterbreitet, die verbindlich etablierte Zusammenarbeit zwischen Erwachsenenpsychiatrie, Suchtmedizin und Jugendhilfe für weitere Partner zu öffnen.

Hierzu fand im Juni 2009 ein Austausch statt, zu dem Vertreter und Vertreterinnen der freien Träger der Jugendhilfe sowie der Drogen- und Suchtberatung eingeladen waren.

Als wichtige Module der Kooperation haben sich dabei herauskristallisiert:

- **Steuerungsgruppe**

Dieses Gremium setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der an der Kooperationsvereinbarung beteiligten Institutionen und ist zwischenzeitlich um drei weitere Mitglieder (zwei Vertreter der freien Träger, ein Vertreter der Drogen- und Suchtberatung) erweitert worden. Die Steuerungsgruppe bereitet die jährlichen Arbeitstreffen vor, um die Zusammenarbeit auf der institutionellen Ebene zu reflektieren und weiterzuentwickeln sowie auf der Einzelfallebene interdisziplinäre Fachgespräche durchzuführen.

- **Fortbildung/Seminare**

Bei den Kooperationspartnern und -partnerinnen besteht der Wunsch nach wechselseitiger Schulung bzw. bilateraler Information über das jeweils andere Fachgebiet. Daher sollen entsprechende Fortbildungen 1 x pro Jahr organisiert werden, die Themen und die Organisation werden zwischen Kreisjugendamt und LWL-Klinik Gütersloh abgestimmt.

- **Entwicklung konkreter Angebote**

Auf der praktischen Arbeitsebene sollen Möglichkeiten einer Zusammenarbeit zwischen den Institutionen ausgelotet werden. Die Arbeiterwohlfahrt (AWO) plant z. Z. ein Projekt, das zwei Bausteine enthält: Zum einen soll im LWL-Klinikum Gütersloh eine Sprechstunde für Eltern angeboten werden, bei denen im Rahmen eines präventiven Ansatzes evtl. erforderliche Hilfen für Kinder aufgezeigt werden sollen. Der zweite Baustein ist dann die Begleitung und Betreuung der Kinder in betroffenen Familien.

Das in der Kooperationsvereinbarung vorgesehene jährliche Arbeitstreffen fand zuletzt im Juli 2010 im Kreishaus in Gütersloh statt. Der zentrale Tagesordnungspunkt war die Information über das Projekt „Aufbau von Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“, das von Rainer Hartwig-Clasmeier (Diakonie Halle/Westf.) und Irmhild Schmidt (Kreisjugendamt, Regionalstelle Nord) vorgestellt wurde. Es gilt nunmehr, die Kompatibilität zwischen dem Halter Projekt und den Strukturen der Kooperationsvereinbarung herzustellen, um die Vernetzung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem zu festigen.

#### **4. Ausblick**

Die Förderung der Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und dem Jugendhilfebereich wird weiterhin ein komplexes Thema bleiben, zumal bei der Zielgruppe der belasteten Familien noch weitere potentielle Netzwerkpartner (z. B. Kindertagesstätten, Schulen, Jobcenter) einzubeziehen sind. Wichtig erscheint ein strukturierter Informationsaustausch, damit die beteiligten Hilfesysteme nicht parallel und vielleicht sogar gegenläufig mit der Familie arbeiten. Grundsätzlich ist der Aufbau von Kooperationsstrukturen ein sehr zeitintensiver Prozess, der eine kontinuierliche Kommunikation mit den Kooperationspartnern erfordert. Eine schriftlich fixierte Kooperationsvereinbarung stellt dabei ein hilfreiches Instrument dar, mit dem verbindliche Absprachen und ein ständiger Dialog in der Zusammenarbeit ermöglicht werden.

## **Das Allgemeine im Besonderen: Chancen und Hemmnisse der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie**

Zum Einstieg: Kooperation heißt, ich arbeite mit jemand Anderem zusammen, um meine Ziele zu erreichen und der Andere arbeitet mit mir zusammen, um seine Ziele zu erreichen. Das Ziel ist, dass beide an der Kooperation gewinnen.

Die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe ist dann unverzichtbar, wenn psychisch erkrankte Erwachsene auch Kinder haben oder wenn Kinder und Jugendliche, die – aus welchen Gründen auch immer – durch die Jugendhilfe betreut werden, Eltern haben, die psychiatrischer Hilfe bedürfen.

Die Notwendigkeit der Kooperation beider Systeme ergibt sich zuallererst aus Sicht der auf die Helfersysteme angewiesenen Familien. Das Neben-, manchmal auch (noch) „gefühlte“ Gegeneinander in den eingesetzten Hilfen kann dazu beitragen, die zumeist ohnehin schwierige Situation von Eltern und Kindern noch komplizierter zu machen und die Betroffenen noch mehr zu verwirren. Es kann aber nicht Aufgabe der Familien sein, die Helfer miteinander zu vernetzen.

Die Notwendigkeit zur Kooperation ergibt sich aber auch aus Effektivitäts- und Effizienzgründen von Hilfen. Anstatt unabhängig voneinander mit einzelnen Familienmitgliedern zu arbeiten, was immer auch zu Lasten der Wirksamkeit von Hilfen und Maßnahmen geht und infolgedessen zumeist höhere Kosten entstehen, sollten die finanziellen Ressourcen gebündelt und zielgenauer eingesetzt werden. Dies verhindert zurzeit die finanzrechtliche – in den Sozialgesetzbüchern geregelte – Wirklichkeit. Gemeinsam abgestimmte und anteilige Finanzierungen scheinen noch weitgehend Zukunftsmusik. Mittlerweile gibt es zwar einige erfreuliche Beispiele gemeinsamer Behandlung von Eltern und Kindern, so nehmen etwa die meisten LWL-Kliniken psychisch erkrankte Mütter mit ihren kleinen Kindern gemeinsam auf, allerdings kann man flächendeckend noch längst nicht von einer strukturell geregelten Kooperation zwischen der Psychiatrie und der Jugendhilfe sprechen.

Die gegenwärtige Entwicklung im Nordkreis Gütersloh zeigt, dass bei günstiger Konstellation – allseitiger Wille zur Kooperation, fußläufige Nähe der Kooperationspartner, Protagonisten in allen beteiligten Institutionen, die die Sache ernst nehmen und anstatt über Kooperation nur zu reden, diese auch realisieren – eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen der Psychiatrie und der Jugendhilfe und anderen Beteiligten möglich ist. Ziel des Projekts sind einerseits die für diese Familien notwendigen Hilfen miteinander abgestimmt, aufeinander aufgebaut und gemeinsam anzubieten, um den möglichst langfristigen Verbleib der Kinder in den Familien zu ermöglichen. Gleichzeitig erleichtert es allen Professionellen, die in den Familien tätig sind, einzuschätzen, wie es um das Wohl der Kinder steht. Darüber hinaus dient dieses Projekt der dauerhaft verbesserten Zusammenarbeit unter den Akteuren durch das Kennenlernen der Systemlogiken, Aufgaben und Arbeitsweisen der anderen Dienste, Akzeptanz der Eigenständigkeit und Verschiedenheit. Handlungsleitend ist das gemeinsame Ziel für und mit den Familien tätig zu sein, anstatt partikuläre eigene Interessen durchsetzen zu wollen.<sup>10</sup>

Dass die Kooperation zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe vielerorts noch eine Herausforderung darstellt, dafür gibt es verschiedene Gründe (oder Begründungen). Strukturelle Hürden ergeben sich u. a. aus der Rechtslage. Die verschiedenen Gesetze sind kaum miteinander kompatibel, so verpflichtet das Jugendhilfegesetz (SGB VIII) u. a. zur Zusammenarbeit auch mit dem Gesundheitswesen. Umgekehrt besteht keine gesetzliche Verpflichtung. Wenn die Psychiatrie mit der Jugendhilfe zusammenarbeitet, ist das „freiwillig“ und hängt vom guten Willen der einzelnen Akteure ab. Wenn die handelnde

---

<sup>10</sup> Erdélyi, Paul (2011): Die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie. Betrachtungen vor dem Hintergrund 25jähriger Erfahrung. In: Forum Erziehungshilfen (2011) Heft 2, S. 111-116

Person die Stelle wechselt, was bei den Ärztinnen und Ärzten in den Kliniken Alltag ist, muss oft die Brücke neu gebaut werden. Hier wäre eine erweiterte konzeptionelle Zielrichtung des Kliniksozialdienstes bezüglich seiner Funktion und Rolle, die Kooperation zu fördern und stärker bisher als Vermittlungsinstanz zu dienen, hilfreich<sup>11</sup>.

Eine bereits benannte strukturelle Hürde ist die unterschiedliche Finanzierung der Hilfeleistungen. Auch wenn sowohl in der Psychiatrie als auch in den Erziehungshilfen Leistungen bisher personengebunden erbracht und finanziert werden, hat jedes Hilfesystem ein eigenes Finanzierungsreglement mit Zugangs-, Bewilligungs- und Leistungskriterien, die dem Auftrag und der Handlungslogik des jeweiligen Hilfesystems entsprechen und noch kaum gegenseitig anschlussfähig sind. Ferner sind es die Unterschiede in den Zeitperspektiven, die eine gute Zusammenarbeit erschweren. Klinische Angebote sind eher kurzfristig angelegt. Dies macht Sinn, einerseits aus finanzieller Sicht, andererseits auch zur Vorbeugung von Chronifizierung und Hospitalisierung. Wenn aber außerhalb der Klinik keine abgestimmten Unterstützungs- und Stabilisierungsmaßnahmen vorhanden sind, kann es zu Rückfällen und erneuten Einweisungen kommen. Diesen „Drehtüreffekt“ könnte ein lokal abgestimmtes Kooperationsverfahren minimieren. Dazu müssten die sonstigen Institutionen mit „ins Boot geholt werden“, am besten alle, die mit diesen Familien zu tun haben. Diese sind u. a. der öffentliche Gesundheitsdienst, namentlich der Sozialpsychiatrische Dienst, Schulen, Arbeitsverwaltung, Agenturen, örtliche Akteure der Sozialhilfe, Polizei, Familiengerichte, damit diese nicht die Lage ungewollt noch komplizierter machen und es zu erneuten Problemverschärfungen mit unabgestimmten Aktionen kommt.

Die Jugendhilfeleistungen sind meist eher langfristig angelegt und sollen nach § 1 Abs. 3 SGB VIII insbesondere „junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen, Eltern (...) bei der Erziehung beraten und unterstützen, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen, dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen“. Diesen Auftrag kann die Jugendhilfe alleine nicht erfüllen. Dazu braucht es auch in den konkreten Fällen der psychisch erkrankten Familien sowohl ein Umdenken aller Beteiligten als auch eine aufeinander abgestimmte möglichst lückenlose Versorgungsstruktur der ambulanten, teilstationären und stationären Angebote. Dies ist auf der örtlichen Ebene noch am ehesten möglich.

Auf der überörtlichen Ebene bedeuten die regionalen Disparitäten eine weitere Erschwernis. Aus der Sicht der örtlichen Jugendhilfe sind die Dienste der klinischen Psychiatrie eher in größeren Städten vorhanden. Hier sind häufiger Kliniken, Tageskliniken oder Klinikambulanzen, niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater, klinische Psychotherapeutinnen und -therapeuten angesiedelt. Vor allem in großen Landkreisen oder abgelegenen Orten fehlt aber diese Infrastruktur oft. Anfahrtswege sind lang und kompliziert, vielen der betroffenen Familien fehlen die Möglichkeiten die Dienste aufzusuchen. Aus Sicht der Kliniken erscheint die Jugendhilfe unübersichtlich. Sie müssen mit unterschiedlichen Ämtern, Diensten auch der freien Trägern kommunizieren und zusammenarbeiten.

Die Zusammenarbeit wird auch erschwert durch verschiedene Theoriehintergründe, Fachsprachen und Termini. Beide verstehen unter gemeinsam benutzten Begriffen meist etwas anderes. Dabei fehlt es meist auch an Informationen, wie das andere System „tickt“, nach welchen gesetzlichen Grundlagen und Selbstverständnissen es arbeitet.

Wenn die Hilfen koordiniert werden sollen, braucht die koordinierende Instanz ein explizites Mandat von allen Beteiligten. So etwas kann in einem abgestimmten Verfahren durch eine

---

<sup>11</sup> Eine Erkenntnis aus einem Projekt im Kreis Unna (vgl. Kooperationsvereinbarung zwischen der LWL-Universitätsklinik Hamm und den Jugendämtern des Kreises Unna (2002); <http://www.lwl.org/LWL/Jugend/Landesjugendamt/LJA/erzhilf/Jugendpsychiatrie/> (Zugriff am 9.2.2011))

Kooperationsvereinbarung erreicht werden.<sup>12</sup> Das braucht Zeit, Rahmenbedingungen und nicht zuletzt die Erkenntnis des Aufeinander-Angewiesen-Seins.

Die Etablierung einer nachhaltigen Kooperation zwischen der Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie bedarf der regionalen und überregionalen (fach)politischen Rahmen auf möglichst vielen Ebenen, indem z. B. die jeweiligen Ausschüsse Jugendhilfe und Gesundheit die Kooperationsentwicklung der beiden Hilfesysteme auf ihre Agenda setzen und selbst mit gutem Beispiel in der Zusammenarbeit vorangehen. Eine abgestimmte Planung zwischen Gesundheitsplanung, Jugendhilfeplanung, Sozialplanung und evtl. Stadt- und Verkehrsplanung könnte hier Bedarfe erfassen, Versorgungslücken orten, daraus Verbesserungsvorschläge erarbeiten und der Politik vorlegen.

In der fachlichen Koordinierung auf regionaler wie überregionaler Ebene sind die Öffentlichen Gesundheitsdienste (Gesundheitsamt, Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren, Sozialpsychiatrischer Dienst, Jugendärztlicher Dienst) ebenfalls mit in der Verantwortung und in einer Schlüsselposition, als „neutrale Dritte“ in enger Zusammenarbeit mit den Jugendämtern und den Psychiatrien für den Ausbau regionaler und überregionaler Kooperationsstrukturen zu sorgen.

Bei solchen (über)regionalen Netzwerken, die durch Kooperationsvereinbarungen oder -verträge strukturell verankert werden, wird es ermöglicht gemeinsam verbindliche Vereinbarungen für die optimierte Zusammenarbeit und Versorgung zu entwickeln. Ein so etabliertes Netzwerk wäre der Ort für eine Qualitätsentwicklung im Sinne einer kontinuierlichen Weiterentwicklung und Verbesserung, wie er in anderen Bereichen bereits z. T. etabliert ist.

Eine abschließende Perspektive (Utopie?) wäre die „Augenhöhe“ auf der gesetzgeberischen Ebene herzustellen, wobei alle beteiligten Institutionen und Disziplinen verpflichtet werden sollten zu kooperieren. Das kommende Inklusionsgesetz könnte uns dieser Utopie einen Schritt näher bringen.

---

<sup>12</sup> vgl. Kooperationsvereinbarung zwischen der LWL-Universitätsklinik Hamm und den Jugendämtern des Kreises Unna; später auf die Kreise Gütersloh und Soest sowie die Stadt Hamm erweitert (<http://www.lwl.org/LWL/Jugend/Landesjugendamt/LJA/erzhilf/Jugendpsychiatrie/>, Zugriff am 9.2.2011), siehe dazu auch den Beitrag von Doris Schlüter in diesem Band.

## **Präventive Hilfen für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder als multiinstitutionelles Kooperationsprojekt<sup>13</sup>**

### **Hintergründe**

Psychische Erkrankungen der Eltern haben tiefgreifende Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem<sup>14</sup>. Sie bewirken bei den betroffenen Eltern eine Vulnerabilität und Irritierbarkeit gegenüber psychosozialen Stressfaktoren. In Überforderungssituationen führen Angst und Schamgefühle zu einer Beeinträchtigung von Selbstkontrolle, Realitätsprüfung und Beziehungsgestaltung. Die Kinder wachsen in einer Atmosphäre der Instabilität, Unberechenbarkeit und Strukturschwäche auf. Sie erleben ihre Eltern in unterschiedlichen Identitäten mit unterschiedlichen Verhaltensdispositionen, so dass sie keine verlässliche kausale Korrelation zwischen ihren Handlungen und den darauf folgenden Reaktionen der Eltern erkennen können.<sup>15</sup> Sie werden in ihren Bedürfnissen nicht ausreichend wahrgenommen und nur unzureichend versorgt und geschützt. Angst und Desorientierung führen zu einem emotionalen Rückzug und einer Hemmung des Explorationssystems, so dass Kompetenzerwerb und Autonomieentwicklung eingeschränkt werden.

Um die betroffenen Familien ganzheitlich wahrnehmen und unterstützen zu können, müssen die Interessen und Bedürfnisse der Eltern und der Kinder gleichrangig berücksichtigt werden. Voraussetzung hierfür ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den Institutionen der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe<sup>16</sup>. Die multiinstitutionelle Kommunikation wird durch die Tabuisierung psychischer Erkrankungen, die hohe Komplexität der anzutreffenden Problemkonstellationen und die große Differenzierung bzw. Spezialisierung der beteiligten Hilfesysteme erschwert. Die unüberschaubare Zahl unterschiedlicher Kostenträger, Leistungserbringer und Professionen führt zu einem unübersichtlichen Perspektiven- und Verantwortungpluralismus mit aufwändigen Abgrenzungserfordernissen. Zusätzlich wird die praktische Fallarbeit durch die doppelte Dialektik von Hilfe und Kontrolle sowie Elternrecht und Kindeswohl polarisiert. Die daraus entstehenden interinstitutionellen Konflikte und Abstimmungsprobleme drohen die innerfamiliären Desintegrationstendenzen abzubilden und zu verstärken.

### **Kooperationsvereinbarung**

Seit Oktober 2006 wird im südlichen Kreisgebiet Mettmann im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung ein integratives systemübergreifendes Konzept zur Versorgung von Familien mit psychisch kranken Eltern umgesetzt. Zentrale Anliegen sind die Prävention kindlicher Entwicklungsstörungen und ein wirkungsvoller Kinderschutz bei gleichzeitiger Berücksichtigung der elterlichen Interessen und Unterstützungsbedürfnisse.

---

<sup>13</sup> Dieser Beitrag ist eine leicht gekürzte Fassung des gleichnamigen Aufsatzes in der Zeitschrift „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (59/ 2010, S. 716-730). Er enthält die wesentlichen Inhalte des Vortrags auf dem Fachtag des Projektes „Hilfen für Familien mit multidisziplinärem Hilfebedarf“ in Halle (Westfalen) am 29.09.2009.

<sup>14</sup> Vgl. Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen; Mattejat, F. (2002): Kinder depressiver Eltern. In H. Braun-Scharm (Hg.): Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart, S. 231 – 245; Mattejat, F. (2008): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wissen wir und was ist zu tun? In: Mattejat, F./Lisofsky, B. (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, Bonn, S. 63 - 95

<sup>15</sup> Vgl. Deneke, C., Lucas, T. (2008): Ambulante und teilstationäre Behandlung psychisch kranker Mütter und Väter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern. In A. Lenz/J. Jungbauer (Hg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte, Tübingen, S. 39 - 62

<sup>16</sup> Vgl. Lenz, A. (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen, Göttingen; Lenz, A. (2010): Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern, Göttingen.

Beteiligt sind alle Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie Erwachsenenpsychiatrie, die in den Städten Hilden, Langenfeld und Monheim auf ambulanter Ebene tätig sind wie z. B. Jugendämter; Träger der sozialpädagogischen und flexiblen Familienhilfen; Projekt MoKi, Monheim für Kinder; Früherfassung des Kreises Mettmann; Förderkreis KIPKEL e.V., Prävention für Kinder psychisch kranker Eltern; Sozialpsychiatrisches Zentrum (Verbund für psychosoziale Dienstleistungen); Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Mettmann.

### **Belastungen der institutionsübergreifenden Kooperation**

Um gefährdende Einflüsse auf die frühkindliche Entwicklung rechtzeitig erkennen und beheben zu können, ist eine möglichst frühzeitige Wahrnehmung der psychischen Auffälligkeiten der Eltern mit der entsprechenden Einschätzung der Auswirkung auf die Erziehungskompetenz von überragender Bedeutung. Eine sachbezogene und zeitgerechte Annäherung an diese Problematik wird jedoch von einer doppelten Tabuisierung und dahinter verborgenen Vorurteilsstrukturen und Wissensdefiziten behindert. Die betroffenen Eltern fürchten, nach der Diagnose einer psychischen Krankheit stigmatisiert, ausgegrenzt und in ihrer Unabhängigkeit eingeschränkt zu werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe haben häufig unzureichende Kenntnisse über psychische Störungen. Sie wollen eine leichtfertige Stigmatisierung der von ihnen betreuten Eltern mit der damit einhergehenden Kränkung und Kontaktgefährdung vermeiden. Dadurch wird die Thematisierung und Diagnosesicherung der psychischen Erkrankungen erheblich verzögert. Die Therapeutinnen und Therapeuten und professionellen Betreuungskräfte in der Erwachsenenpsychiatrie nehmen die von ihnen versorgten Patientinnen und Patienten in ihrer Elternrolle nur unzureichend wahr. Manchmal funktionalisieren sie die Kinder zur Sinnstiftung, Therapiemotivation oder praktischen Hilfe für die Eltern, ohne die Entwicklungsrisiken für die Kinder richtig abschätzen zu können<sup>17</sup>. Wie auch die Eltern nehmen sie das Jugendamt ausschließlich in seiner Wächter- und nicht in seiner Dienstleistungsfunktion wahr, so dass sie glauben ihre Patienten in einer falsch verstandenen Parteilichkeit vor dem Jugendamt schützen zu müssen. Durch die Tabuisierung der psychischen Erkrankung und ihrer Auswirkung auf die Erziehungskompetenz entstehen Verzögerungen bei der Diagnosestellung, der Ermittlung des gesamtfamiliären Unterstützungsbedarfs und der wirkungsvollen Hilfeerbringung. Mit der Fortdauer der Interaktionsstörung zwischen dem Kind und seinen primären Bezugspersonen steigt das Risiko der Entwicklung einer schweren Bindungsstörung, die später auch durch aufwendige Fördermaßnahmen nur noch unvollständig überwunden werden kann.

### **Konzeptionelle Grundlagen**

Um Hindernisse im multiinstitutionellen Umgang mit betroffenen Familien zu überwinden, werden die Zugangsvoraussetzungen zum Projekt niederschwellig gestaltet. Es wird ein Ausgleich zwischen strukturierender, allgemein verbindlicher Standardisierung und erforderlicher Individualisierung angestrebt. Besonders die bei psychisch kranken Menschen regelhaft anzutreffenden Rückzugs- und Vermeidungstendenzen erfordern eine aktiv aufsuchende, Sicherheit und Vertrauen vermittelnde Beziehungsgestaltung.

### **Diagnostik**

Nach der Kontaktaufnahme mit betroffenen Eltern liegt der Fokus auf einer frühen Diagnosestellung und Analyse der psychosozialen Funktionsfähigkeit einschließlich der Auswirkung auf die Eltern-Kind-Interaktion. Dabei tritt die medizinische Diagnose in ihrer Bedeutung hinter den Ausprägungsgrad der psychischen Störung, die Krankheitseinsicht und die Hilfeakzeptanz zurück. Ein in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe zusammengestellter Kriterienkatalog ermöglicht als Checkliste die kurzfristige und umfassende Überprüfung der Psychopathologie der Eltern auf ihre Erziehungsrelevanz und die Einschätzung der damit verbundenen Kindeswohlgefährdung.

---

<sup>17</sup> Vgl. Schone, R./Wagenblass, S. (2001): Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe - Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 7, S. 581 – 589.

## **Multidimensionaler Hilfebedarf**

Meist bestehen Multiproblemlkonstellationen. Die Familien werden belastet durch Arbeitslosigkeit, Armut, Verschuldung, Kooperationsprobleme mit Behörden, Konflikte mit dem sozialen Umfeld, Verwahrlosung oder Gefährdung der Wohnung, heftigen Trennungs- oder Scheidungsauseinandersetzungen und nicht zuletzt Erziehungsproblemen. Angesichts der multidimensionalen Überforderungen der Eltern müssen die Hilfen entsprechend multimodal und multiprofessionell ausgerichtet sein. Sie dürfen sich nicht nur an der Aktivierung bestehender Ressourcen orientieren, sondern sollen auch langfristig kompensierend d. h. Struktur und Schutz bietend gestaltet werden. Ein stabiler, verlässlicher Versorgungsrahmen reduziert die Gefühle von Angst und Hilflosigkeit und bildet daher die Voraussetzung dafür, dass die Eltern ihre Aufmerksamkeit dem Kind zuwenden und sich für pädagogische Anregungen öffnen können. Die Anerkennung ihrer Versorgungsansprüche begünstigt das Infragestellen ihrer Opferrolle und verstärkt die Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung.

## **Flexible Anpassung der Hilfeleistungen**

Die Veränderungsdynamik psychischer Erkrankungen mit teilweise schneller Abfolge stabiler Phasen und akuter Krisen bedingt große Schwankungen im psychosozialen Funktionsniveau und damit auch in der Erziehungsfähigkeit der Eltern. Sozialpädagogische Fertigprodukte mit einem fixierten Hilfeangebot führen daher entweder zu einer Überversorgung im Sinne einer fürsorglichen Belagerung mit Stärkung der Abhängigkeitstendenzen oder zu einer Unterversorgung mit entsprechender Gefährdung des Kindes. Im Projekt werden daher flexible, am aktuellen Bedarf orientierte Hilfeangebote formuliert, was am ehesten durch die Zuordnung von variabel einsetzbaren Kontingenten an Fachleistungsstunden realisiert werden kann.

## **Videogestützte Förderung der Mutter-Kind-Interaktion**

Traumatisierungen führen bei den betroffenen Menschen zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung des Selbstbildes. So zeigen betroffene Mütter nach der Geburt ihres Kindes Einschränkungen in Feinfühligkeit und intuitivem Fürsorgeverhalten. Sie glauben, keine gute Mutter sein zu können, von ihrem Kind nicht geliebt zu werden, ihr Kind nicht verstehen zu können und ohnmächtig den Initiativen des Säuglings ausgeliefert zu sein. Sie können die Signale des Kindes nicht deuten oder nicht ausreichend von ihren eigenen Bedürfnissen abgrenzen. Auf das Bindungsverhalten des Kindes reagieren sie mit Angst, Gefühlen der Hilflosigkeit, Distanzierung oder aggressiver Abwehr. Sie können die Funktion der sicheren Basis nicht gewährleisten und somit das Kind nicht beruhigen oder extern regulieren. Sozialpädagogische Anregungen oder modellhafte Demonstrationen im Rahmen der konventionellen Familienhilfe werden von diesen Müttern aufgrund ihrer hohen Affektspannung und Irritierbarkeit nicht verstanden, nicht angenommen oder nicht umgesetzt. In diesen Fällen besteht im Projekt das Angebot, mit dem Marte Meo-Verfahren oder dem Video-Home-Training eine videogestützte Analyse der Mutter-Kind-Interaktion vorzunehmen.<sup>18</sup>

## **Langzeitperspektive der Hilfeerbringung**

Bei psychisch kranken Menschen entstehen in der Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umwelt häufig extreme Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Wut. Besonders traumatisierte Eltern werden immer wieder an schmerzhaft Ereignisse der Vergangenheit erinnert und geraten in Zustände, die von emotionalem Rückzug oder Verlust von Selbstkontrolle gekennzeichnet sind. Dadurch werden ihre Fähigkeiten, die Umwelt in einer Erlebniskontinuität wahrzunehmen, neue Erfahrungen in einen Kontext einzuordnen und verlässlich bei Bedarf abzurufen, beeinträchtigt. Lernprozesse, die das Erziehungsverhalten betreffen, werden verlangsamt oder gar blockiert. Dies betrifft besonders die Anpassungsfähigkeit gegenüber dem schnellen Entwicklungstempo der Kinder im frühen Lebensalter. Dieser Erkenntnis wird im Projekt dadurch Rechnung getragen, dass im Sinne einer Langzeitperspektive von einer primär unbefristeten Hilfeerbringung ausgegangen wird.

---

<sup>18</sup> Vgl. Aarts (2008): Marte Meo - Ein Handbuch, Eindhoven; Bündler, P./Siringhaus-Bündler, A. (2008): Die Arbeitsweise der Marte Meo-Methode. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 5, 330 - 345

Die Akzeptanz langfristiger Hilfen ist vom Erfolg der Beziehungsgestaltung mit dem psychisch kranken Elternteil abhängig. Diese wird belastet durch eine misstrauische Grundhaltung der betroffenen Eltern nach schmerzhaften Erfahrungen in der Vorgeschichte wie z. B. Beziehungsabbrüche, Bevormundung, Missbrauch und Gewalt. Im Hilfeangebot wird auch nicht selten Kontrolle und bedrohliche Autonomieeinschränkung wahrgenommen. Die daraus abzuleitende Ambivalenz aktiviert Vermeidungs- und Rückzugsimpulse und kommt schließlich in einer stark beeinträchtigten Absprachefähigkeit zum Ausdruck die zu einer grundsätzlichen Gefährdung des Arbeitsbündnisses führen kann. Personelle Kontinuität mit langfristigem Vertrauensaufbau ist daher die Basis der Kontaktgestaltung im Kooperationsprojekt<sup>19</sup>. Ein transparentes Case Management soll die Vielzahl der Hilfen koordinieren und integrieren.

### **Prävention durch Aufklärung und Partizipation**

Das Tabu der psychischen Erkrankung betrifft auch die Kommunikation innerhalb der Familie. Jedes Sprechen über das „Familiengeheimnis“ bedeutet „Verrat“ am kranken Elternteil. Auch ältere Kinder erhalten daher keine Informationen über die psychische Störung ihrer Eltern. Sie werden mit elterlichem Verhalten konfrontiert, das sie weder verstehen noch emotional verarbeiten können. Sie reagieren mit Desorientierung und Angst. Da sich besonders Kleinkinder im Rahmen ihres magischen Weltverständnisses noch nicht getrennt von ihren Eltern wahrnehmen können, fühlen sie sich verantwortlich und entwickeln Schuldgefühle. Kinder in einem Alter von über fünf Jahren erhalten in enger Abstimmung mit den Eltern altersgerechte Informationen über das elterliche Krankheitsbild<sup>20</sup>. Im Rahmen eines spezifisch entwickelten Präventionsprogramms wird daneben auch die Selbstkenntnis des Kindes gestärkt, so dass es sich als eigenständig wahrnehmen, besser von den Problemen der Eltern abgrenzen und in einen eigenen sozialen Kontext begeben kann. Das Kind wird dann nachfolgend bewusst in den Behandlungs- und Hilfeprozess der Eltern einbezogen.

### **Perspektivenpluralismus, Konfliktmanagement und Integration**

Die unterschiedlichen Perspektiven der multiprofessionellen Helfersysteme können zu Spannungen an den institutionellen Schnittstellen führen. Das Prinzip der Leistungsergänzung droht dann durch Konkurrenzaspekte überlagert zu werden. Hinzu treten spezifische Kontakteigentümlichkeiten von traumatisierten Eltern, die Spaltungsprozesse innerhalb des psychosozialen Versorgungssystems begünstigen. Um diesen Desintegrationstendenzen entgegen zu wirken, ist eine klare Verantwortungs- und Rollenzuordnung notwendig. Regelmäßige Treffen der beteiligten Helfer und eine ergänzende Krisen- und Konfliktmoderation tragen zu einer gegenseitigen Verständigung bei. Institutionsübergreifende Fortbildungsveranstaltungen vergrößern das Wissen über familiendynamische Zusammenhänge, ermöglichen Einblicke in die Arbeitswelt der Kooperationspartner und stärken die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel.

### **Zugangswege**

Das Projekt versteht sich als Anlaufstelle für Eltern mit psychischen Beeinträchtigungen, ihre Familienangehörigen und alle Einzelpersonen und Institutionen, die mit den betroffenen Familien in Kontakt treten und eine spezifische Beratung benötigen. Im Vordergrund stehen die Kliniken mit gynäkologischen, pädiatrischen oder psychiatrischen Abteilungen oder Fachambulanzen sowie niedergelassene Frauenärztinnen und -ärzte, Kinderärztinnen und -ärzte und Psychiaterinnen und Psychiater. Daneben bestehen Kontakte zu Ordnungs- und Sozialämtern, der Arbeitsgemeinschaft Mettmann-aktiv und der Polizei. Diese dezentrale Zugangsorganisation schafft eine Vielzahl unterschiedlicher, ortsnaher Hilfszugänge. Die zuerst kontaktierte Institution übernimmt zunächst die Federführung und leitet, soweit erforderlich, an andere Institutionen über. Zentrales Anliegen ist dabei, dass eine Hilfeplanung zusammen mit den Klientinnen und Klienten abgestimmt mit den sonst in dem Fall involvierten Helferinnen und Helfern erfolgt. Um diese Handlungsketten abzusichern, wurden zwischen den Ko-

---

<sup>19</sup> Vgl. Schone/Wagenblass 2002

<sup>20</sup> Vgl. Lenz, A. (2010): Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern, Göttingen.

operationspartnern dezidierte Prozessstandards entwickelt, die im Rahmen einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung immer wieder überprüft und fortgeschrieben werden.

## **Handlungsleitlinien**

Für die unterschiedlichen Prozessstadien wurden handlungsleitende Grundsätze formuliert und entsprechende Verantwortlichkeiten klar definiert. Im Kooperationsnetzwerk werden drei zentrale Prozessphasen unterschieden: „Kontaktaufnahme und Diagnostik“, „Hilfeplanung und Vernetzung“ und „Alarmsystem und Konfliktmanagement“.

### **Phase „Kontaktaufnahme und Diagnostik“**

Vier Handlungsgrundsätze sind nach der Auswertung der Praxiserfahrungen zentral für den Einstieg in die Entwicklung einer gelingenden Hilfe im multiprofessionellen Setting:

- Klarheit über die eigene Rolle, die Ziele und die Handlungskonsequenzen,
- Nutzung von Kontaktpersonen (Kindergarten, Schule etc.) zur Vermittlung von Hilfen,
- Beharrlichkeit in den Gesprächs- und Hilfeangeboten,
- Federführende Koordination des Kinderschutzes durch das Jugendamt.

Nicht die Gleichsetzung der Institutionen, sondern Nutzung der unterschiedlichen Zugänge und Kompetenzen bestimmt die Phase der Kontaktinitiierung. Daher ist eine klare Rollen- und Zieldefinition wie auch eine Aufgabenabgrenzung von essentieller Bedeutung. Es werden Tabuisierungstendenzen und Stigmatisierungsängste berücksichtigt. Die damit verbundene Vermeidungshaltung der betroffenen Eltern wird mit Beharrlichkeit und Klarheit der Gesprächsangebote beantwortet. Ergänzend ist eine Differenzierung des Prozessablaufs nach dem Maß der gegebenen oder zu entwickelnden Mitarbeitsbereitschaft der Eltern notwendig.

### **Phase „Hilfeplanung, Vernetzung und Erbringung der Hilfen“**

Zur ganzheitlichen Stabilisierung und Förderung des Familiensystems stehen nach dem Baukastenprinzip sich ergänzende Hilfemodule zur Verfügung, die bedarfsabhängig einzeln oder kombiniert implementiert werden. Aus dem multimodalen Ansatz ergibt sich eine Mischfinanzierung mit unterschiedlichen gesetzlichen und formalen Begründungsvoraussetzungen.

- **Therapie.** In Abhängigkeit vom Krankheitsbild werden medikamentöse und/oder psychotherapeutische Behandlungen empfohlen. Daneben bildet die Psychotherapie eine wichtige Grundlage zur Reduktion der Psychopathologie und damit zur Verbesserung der Erziehungsfähigkeit der Eltern.
- **Ambulant betreutes Wohnen.** Stehen die psychosozialen Defizite der Eltern bzw. eines kranken Elternteils im Vordergrund, wird das ambulant betreute Wohnen des Verbundes für psychosoziale Dienstleistungen (VPD) als Träger des Sozialpsychiatrischen Zentrums eingesetzt. Ziele sind die Sicherstellung einer Tagesstruktur und eine Aktivierung der vorhandenen Ressourcen beim Umgang mit den Problemen in den Bereichen Haushaltsorganisation, Wohnungssicherung, Kommunikation mit den Behörden, Einteilung der Finanzmittel, Schuldenregulierung, medizinische Versorgung und soziale Konflikte.
- **Familienhilfe.** Im Rahmen sozialpädagogischer oder flexibler Familienhilfe erfolgt die Beratung der Eltern im Sinne eines konsistenten Erziehungsverhaltens mit Berücksichtigung kindlicher Entwicklungsbedürfnisse. Die Hilfestellung kann flexibel den Erfordernissen des Einzelfalls angepasst werden. Sie unterstützt die Familie im Rahmen aufsuchender Arbeit in ihrem sozialen Umfeld und umfasst erzieherische und lebenspraktische Hilfestellung. Die Hilfe ist darauf ausgerichtet, perspektivisch ein eigenständiges Leben zu ermöglichen und sucht hierzu gemeinsam mit den Familien nach unterstützenden Ressourcen im sozialen Umfeld. Einzelfallorientierte Arbeitsansätze werden durch eine enge Vernetzung mit der sozialen Infrastruktur der jeweiligen Kommune und einzelfallübergreifenden Angeboten wie Elterntrainingskurse, Familienfrühstück und Familienfreizeiten ergänzt.

- **Videogestützte Entwicklungsförderung.** Bei Säuglingen und Kleinkindern wird die Feinabstimmung zwischen der primären Bindungsperson und dem Kind durch videogestützte Interventionen verbessert. Das Projekt „MoKi, Monheim für Kinder“ stellt hierfür im Marte Meo-Verfahren geschulte Fachkräfte zur Verfügung.
- **Präventionsprojekt.** Kinder, die älter sind als fünf Jahre, werden in Begleitung ihrer Eltern an die Praxis des Förderkreises KIPKEL e. V., Prävention für Kinder psychisch kranker Eltern in Haan weitergeleitet. Im Rahmen eines Gesamtkonzeptes erfolgen eine altersgerechte Informationsvermittlung zum Krankheitsbild der Eltern, die Förderung von Selbstkenntnis und Autonomieentwicklung der Kinder.

Sind mehrere professionelle Helfer beteiligt, werden regelmäßige Treffen vereinbart, um Aufgaben und Verantwortlichkeiten abzustimmen und eine verlaufsorientierte Anpassung gemeinsamer Ziele unter Berücksichtigung auch der notwendigen Kontrollen zu gewährleisten. Dabei wird auf die Transparenz der Hilfestrategien und die begleitende Partizipation der betroffenen Familien geachtet.

### **Phase „Alarmsystem, Gefährdungseinschätzung, Konfliktmanagement“**

Zentrales Anliegen des Projektes ist die Implementierung adäquater Regelungsmechanismen im multiprofessionellen Kontext bei akuten Krisen in den Familien und die Sicherstellung eines stabilen, systematischen Ablaufs bei der Prüfung von Kindeswohlgefährdungshinweisen.

- **Alarmsystem.** Die Einschätzung möglicher Kindeswohlgefährdungen setzt sowohl Kenntnisse über die Voraussetzungen für die gesunde kindliche Entwicklung und Warnsignale bei Fehlentwicklungen als auch über Symptome und Auswirkungen psychischer Erkrankungen voraus<sup>21</sup>. Im Rahmen regelmäßiger trägerübergreifender Fortbildungen im Projekt werden Helferinnen und Helfer entsprechend geschult. Zur systematischeren Analyse der Erziehungsfähigkeit bei psychisch kranken Eltern wurden ein Kriterienkatalog und ein Beobachtungsbogen entwickelt, die sich zurzeit in der Erprobungsphase befinden.
- **Gefährdungseinschätzung.** Die generierten Erkenntnisse im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung werden im Jugendamt durch persönliche Gespräche mit den Eltern, den betroffenen Kindern, Hausbesuche und durch Nachfragen bei anderen Institutionen (z. B. Kindertagesstätte, Schule, Offener Ganzttag oder Kinderärztinnen und -ärzten) ergänzt. Die Überprüfung einer Kindeswohlgefährdung vollzieht sich hierbei immer im Rahmen eines Vier-Augen- und Zwei-Ebenen-Prinzips. Grundlegende Gespräche und Hausbesuche werden durch zwei Fachkräfte durchgeführt. Die Entwicklung und Fortschreibung eines Schutz- und Hilfekonzpts vollzieht sich in kontinuierlicher Rücksprache und Abstimmung mit der nächsten Leitungsebene.
- **Konfliktmanagement.** Insbesondere bei der Beurteilung einer potenziellen Kindeswohlgefährdung kann es zu einer Polarisierung zwischen den multiprofessionellen Helfersystemen kommen. Im Falle einer zugespitzten Konfliktlage erfolgt ein Fachgespräch aller beteiligten Helferinnen und Helfer unter der Moderation des Sozialpsychiatrischen Dienstes, in dem Informationsdefizite ausgeglichen, Verständigungsschwierigkeiten überwunden und Konsens bei der Beurteilung der aktuellen Gefährdungslage angestrebt werden können. Die Letztverantwortung für die Sicherung des Kindeswohls verbleibt beim Jugendamt.

### **Resümee und Perspektiven**

In der vierjährigen Laufzeit des Kooperationsprojektes bestätigten sich die beschriebenen Hindernisse auf dem Weg zu einer multiinstitutionell vernetzten und nachhaltig wirksamen Hilfeerbringung. Als besondere Herausforderung erwies sich dabei die Darstellung eines überzeugenden und stabilen Beziehungsangebotes gegenüber bindungstraumatisierten Eltern, die häufig in Krisensituationen mit den psychosozialen Hilfesystemen in Kontakt kommen. Sie formulieren hohe Erwartungen in Bezug auf Verständnis, Schutz und Versorgung.

---

<sup>21</sup> Vgl. Kindler, H. (2009): Kindeswohlgefährdung: Ätiologie, Folgen, Diagnostik und Intervention. In; Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 10, S. 764 - 785.

Gleichzeitig empfinden sie die Annahme des Hilfsangebotes aber auch als Ausdruck des Scheiterns in ihrem Versuch, selbst einmal eine bessere Familie gründen zu können als die, in der sie groß geworden sind. Die Bedürfnisse nach Autonomie und Normalität werden frustriert. Die misstrauische Grundhaltung traumatisierter Eltern begünstigt die Tendenz zur Entwertung der Helfer oder die Entstehung von Ängsten vor Kontrolle und dem Entzug der elterlichen Sorge.

Gerade im Krisenfall mit widersprüchlichen Situationsbeschreibungen und ständig wechselnden Entscheidungs- und Handlungsnotwendigkeiten kommt es im Helferfeld häufig zu einer Polarisierung der Lösungsansätze und zu einer Überforderung der Kommunikationsstrukturen. Deeskalationsstrategien, die eine weitgehende Tolerierung von Verhaltensauffälligkeit auf der Interaktionsebene zwischen dem Elternteil und dem Kind sowie die eher unkritische Akzeptanz eines umfassenden Versorgungsauftrages durch die Eltern beinhalten, treffen auf Überzeugungen, den Schutzauftrag gegenüber dem Kind nur über einen eventuell familiengerichtlich abgesicherten Kontrollauftrag erfüllen zu können. Der fachliche fallbezogene Meinungs austausch in einem hochkomplexen Umfeld wird durch unterschiedliche Qualifikationen und Prioritätensetzungen sowie verdeckte Motive (z. B. Finanzierung) der professionell Helfenden belastet.

Um den komplexen Anforderungen des multidisziplinären Umgangs mit psychisch kranken Eltern und ihren Kindern gerecht werden zu können, ist die langfristige Organisation und Synchronisation von institutionsübergreifenden Lernerfahrungen notwendig. Dazu müssen die Erkenntnisprozesse bei der Begleitung der Einzelfälle in einer zugleich standardisierten wie auch individualisierten Dokumentation erfasst und im multiinstitutionellen Kontext fortlaufend kommuniziert werden. Erst dann können sie auf der Metaebene reflektiert und konzeptualisiert werden, um schließlich Routineabläufe nachhaltig zu beeinflussen. Bisher sind entsprechende Rückkopplungsprozesse aber nur intrainstitutionell organisiert. Häufig werden daher die Ergebnisse der Hilfebegleitung entweder gar nicht oder nur im Sinne einer Gelingen-Misslungen-Dichotomie systemübergreifend kommuniziert. Um verbindliche Kriterien für die Beurteilung der Wirksamkeit einzelner Fördermaßnahmen festlegen und die weiteren subjektiven Ermessensspielräume einengen zu können, ist zudem eine wissenschaftliche Evaluation erforderlich.

Das ambulante multiinstitutionelle Kooperationsmodell im Kreis Mettmann realisiert einen ganzheitlichen, integrativen Ansatz, der sich sowohl auf den Umgang mit den Familien mit psychisch kranken Eltern als auch auf die spezifische Ausrichtung der psychosozialen Versorgungslandschaft bezieht. Durch die klare Definition gemeinsamer Aufgabenstellungen und Zielsetzungen gelang es, die Institutionen der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe auf ein einheitliches, konzeptionell fundiertes Vorgehen im Umgang mit den betroffenen Familien zu verpflichten. Die frühe Enttabuisierung der psychischen Erkrankung und ihrer Auswirkung auf die Erziehungskompetenz der Eltern ermöglicht eine sachgerechte Analyse und Bewertung von Hilfebedarf und Kindeswohlgefährdung. Aus beiden Versorgungssystemen stehen spezifische Therapie- oder Unterstützungsangebote zur Verfügung, die nach einem Modulkonzept bedarfsabhängig und passgenau implementiert werden. Dadurch wird für die Familien ein stabilisierender Rahmen konstruiert, in dem Strukturdefizite kompensiert, Versorgungsbedürfnisse befriedigt sowie Vertrauen und Schutz in persönlichen Beziehungen ermöglicht werden. Das Helfersystem wird für den kranken Elternteil somit zu einer sicheren Basis, auf der er seine Affekte besser regulieren, seine Kompetenzen verlässlicher abrufen und die Realität sicherer überprüfen kann. Das Einfühlungsvermögen der primären Bindungspersonen und die Feinabstimmung auf der Interaktionsebene mit dem Kind werden durch sozialpädagogische Beratung und videobasierte Verfahren unterstützt. Die Dauer der Hilfeerbringung bemisst sich nach der aktuellen Erziehungsfähigkeit der Eltern und der Entwicklung der Kinder, ist also nicht von standardisierten Befristungen abhängig.

Die in der multiinstitutionellen Kooperation auftretenden Perspektivdifferenzen, Spaltungstendenzen und Konkurrenzaspekte werden durch verbindliche Kommunikationsstrukturen und Konfliktmanagementstrategien integriert und für eine komplexe Wahrnehmung der Problemkonstellation nutzbar gemacht.

Die Kooperationsvereinbarung begünstigt positive, die Institutionsgrenzen überschreitende Kooperationserfahrungen in der praktischen Arbeit, fördert über kommunikative Feedback-Schleifen nachhaltig Lernprozesse und trägt durch regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen zur multiprofessionellen Qualifizierung bei. Durch die damit erzielten Synergieeffekte werden Ressourcenreserven erschlossen, so dass zusätzliche Finanzierungsbedarfe zur Versorgung der Familien mit psychisch kranken Eltern nicht hervortreten. Langfristiges Ziel ist die Entwicklung eines systemübergreifenden Brückenkonzeptes, mit dem die Wende von einem reaktiven zu einem präventiven psychosozialen Versorgungssystem beschleunigt werden kann.

## **Kooperation von Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe: eine familienmedizinische Perspektive**

Erst spät sind die Angehörigen der Patientin bzw. des Patienten ins Blickfeld des Psychiaters getreten, obwohl schon lange bekannt war, welche große Bedeutung Angehörigen für den Verlauf psychischer Erkrankungen zukommt. Nachdem zuerst vor allem Einflussfaktoren der Familie auf die Entstehung von psychischen Erkrankungen und deren Verlauf betrachtet wurden, hat sich diese Perspektive in den letzten Jahren umgekehrt zu der Frage, welche Auswirkungen psychische Erkrankungen auf die einzelnen Familienmitglieder haben. Damit rückten Fragen der Belastung und Beeinträchtigung von Angehörigen, aber auch damit verbundene Bewältigungsstile ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Während zu Beginn des letzten Jahrhunderts eine schwere psychische Erkrankung häufig noch das Ende der sozialen Existenz als Familienmitglied bedeutete, hat sich diese Situation durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten deutlich verändert. Der Familie kommt heute häufig eine zentrale Funktion bei der Bewältigung psychischer Störungen zu.

### **Entwicklungen: Familie und Angehörige im Blick der Psychiatrie**

Nicht selten bedeutete vor einem Jahrhundert die Entwicklung einer psychischen Erkrankung das Ende aller familiären Beziehungen. Die durchschnittliche Verweildauer in Psychiatrischen Kliniken betrug zu dieser Zeit fünf Jahre, häufig jedoch auch wesentlich länger und zum Teil sogar lebenslang. Psychiatrische Kliniken wurden in dieser Zeit auf dem Lande fern ab des städtischen und damit auch des familiären Lebens errichtet. In dieser Abgeschiedenheit und Getrenntheit von sozialem und familiärem Leben vermutete man in dieser Zeit einen wichtigen Faktor für die psychische Gesundheit. Erst wesentlich später gerieten die Angehörigen von Patienten mit psychischen Erkrankungen wieder mehr in den Blickpunkt.

Dieser Prozess wurde verstärkt durch die Psychiatriereform, die in den 1970-er Jahren ihren Ausgang nahm und die zu einem massiven Bettenabbau und zur Enthospitalisierung führte sowie zu einer deutlichen Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer von heute unter einem Monat in der Erwachsenenpsychiatrie und unter zwei Monaten in den meisten Kinder- und Jugendpsychiatrien. In dieser Zeit entstand eine gemeindenahere Psychiatrie mit komplementären Versorgungsstrukturen und die Familie wurde wieder zum Ort der Krankheitsbewältigung. Waren zuvor Familie und Angehörige eher als pathogene Faktoren betrachtet worden, wurde in dieser Zeit auch die Belastung der Angehörigen durch die psychische Erkrankung deutlicher wahrgenommen. Seit den 1970-er Jahren wurden dann Angehörige und Angehörigenarbeit zunehmend zu einem zentralen Bestandteil (kinder-)psychiatrischer Behandlung. Immer deutlicher wurde so der enge Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen, Familienstrukturen und Familienbeziehungen. In dieser Zeit entwickelten sich zunehmend differenziertere Strukturen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in der Jugendhilfe.

Neuere Untersuchungen zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen in 30 – 50 % der Fälle auch psychisch erkrankte Eltern haben<sup>22</sup>. Aus erwachsenenpsychiatrischer Sicht haben psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten zu 10 – 30 % Kinder unter 18 Jahren. Man schätzt, dass ein Drittel dieser Kinder psychisch unauffällig ist, ein Drittel psychische Auffälligkeiten zeigt und ein weiteres Drittel auch psychisch erkrankt ist<sup>23</sup>. Eine besondere Herausforderung für die Behandlung stellen Familien dar, in denen mehrere Familienangehörige psychisch erkrankt sind. So ist mittlerweile bekannt, dass je schwerer psychisch erkrankt Menschen sind, die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sie auch einen psychisch

---

<sup>22</sup> Mattejat, F./Remschmidt, H. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. In: Deutsches Ärzteblatt 105: 413 - 418

<sup>23</sup> Gehrman, J./Sumargo, S. (2009). In : Monatsschrift Kinderheilkunde. 157: 383 - 394.

kranken Partner haben. Psychische Erkrankungen der Eltern wiederum stellen einen Risikofaktor für die Entwicklung bzw. den ungünstigen Verlauf einer psychischen Erkrankung ihrer Kinder dar<sup>24</sup>. Multiproblemfamilien mit mehreren psychisch erkrankten Familienmitgliedern stellen eine besondere Herausforderung für die Behandlung dar, weil bei diesen Familien meist in deutlich geringerem Maße auf familiäre Ressourcen zurückgegriffen werden kann. Schätzungsweise 500.000 bis 3.000.000 Kinder und Jugendliche erleben pro Jahr, dass ein Elternteil psychisch erkrankt. Kinder stellen jedoch auch einen Risikofaktor für das Entstehen einer psychischen Erkrankung ihrer Eltern dar. So konnte in einer Studie nachgewiesen werden, dass junge Frauen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Depression haben, wenn sie keine intime Partnerbeziehung und zudem Kinder unter 14 Jahren haben.<sup>25</sup> Viele, nicht nur psychisch kranke Eltern, fühlen sich durch die Erziehung ihrer Kinder belastet und überfordert. Kinder sind so in bestimmten Lebenssituationen auch ein Risikofaktor für die Entstehung psychischer Erkrankungen bei den Eltern.

### **Kinder als Betroffene**

Durch eine psychische Erkrankung wird nicht selten die Elternrolle beeinträchtigt. Psychisch erkrankte Eltern fühlen sich häufig mit der Elternrolle überfordert, leiden unter Selbstzweifeln und Scham in Verbindung mit Ängsten und erheblichem psychischen Leid. Häufig sind auch das Erziehungsverhalten und die Paarbeziehung durch die Symptomatik beeinträchtigt. Kinder wiederum reagieren auf die psychische Erkrankung ihrer Eltern häufig irritiert. Sie entwickeln Ängste, dass die Symptomatik sich verschlimmern könnte und sie einen Elternteil verlieren könnten, haben Angst vor einer Trennung. Es kann zu Schuldgefühlen oder Wut auf den erkrankten Elternteil kommen. Dies kann sich mit Mitgefühl und Traurigkeit abwechseln. Nicht selten werden Kinder in elterliche Konflikte einbezogen, und es entstehen Loyalitätskonflikte. Das eingeschränkte Erziehungsverhalten kann mit fehlender Betreuung und sozialer Isolation einhergehen. Nicht selten reagieren Kinder mit einem gesteigerten Verantwortungsgefühl für die Familie und sind durch diese Parentifizierung überfordert.

Bei der Art der Beeinträchtigung der Kinder durch eine psychiatrische Erkrankung eines Elternteils ist weniger die Diagnose von Bedeutung als die Chronizität, Rückfallhäufigkeit sowie der Schweregrad der Erkrankung und die Länge von symptomfreien Perioden. Kinder entwickeln ganz unterschiedliche Stile im Umgang mit psychischen Erkrankungen ihrer Eltern<sup>26</sup>. Eher aktive Bewältigungsstrategien stehen einem Rückzug, einer Leugnung und Vermeidung gegenüber. Dieser Bewältigungsstil führt auf den ersten Blick zu oberflächlich unauffälligen Verhaltensweisen. Gerade Kinder, die „auffällig unauffällig“ auf eine psychische Erkrankung ihrer Eltern reagieren, sollten besondere Aufmerksamkeit erhalten. Häufig wird die Erkrankung eines Elternteils auch vor der Umwelt geheim gehalten und es wird nicht darüber gesprochen. Ein solches Schweigen findet sich aber oft auch innerhalb der Familie. Die Störung gewinnt so den Charakter eines Tabus oder Familiengeheimnisses. So wird es den Kindern und Jugendlichen häufig unmöglich, adäquate Bewältigungsformen zu finden. Besonders problematisch ist, dass Kinder sich häufig verantwortlich oder gar schuldig für die Gemütslage ihrer Eltern fühlen. Nicht selten geht dies mit einem intensiven Schamerleben einher. Auf Grund dieser Tabuisierung psychischer Erkrankungen erreicht professionelle Hilfe meist erst spät betroffene Kinder und Jugendliche.

### **Entwicklung einer gemeinsamen familienmedizinischen Perspektive**

Da die Erziehungskompetenz von Eltern mit psychischen Erkrankungen häufig nicht unerheblich und auch über einen längeren Zeitraum eingeschränkt ist, stellt sich vor allem bei mangelnder elterlicher Kooperation in der Behandlung immer wieder die Frage einer möglichen Kindeswohlgefährdung. Um einer Einschränkung des Sorge- oder Umgangsrechts vorzubeugen, sind dann entsprechende Hilfen, etwa durch das Jugendamt, notwendig. Dabei

---

<sup>24</sup> Mattejat, F./Lisofsky, B. (Hg) (2008). Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch kranker Eltern. Bonn

<sup>25</sup> Brown, G.W./ Harris, T. (1978). Social Origins of Depression. London

<sup>26</sup> Vgl. Lenz, A. (2008).

ist aber gerade bei schweren psychischen Erkrankungen die Elternrolle die einzige soziale Rolle, die den Patienten neben der Krankenrolle noch verblieben ist. Der Rollenverlust kann zur weiteren Chronifizierung der Symptomatik beitragen. Multiproblemfamilien benötigen insofern auch eine differenzierte multidisziplinäre und multiprofessionelle Behandlung.

Prävention für Kinder psychisch kranker Eltern ist eine Aufgabe der Jugendhilfe als auch die Aufgabe der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Betroffene Kinder und Eltern benötigen oft gleichzeitig Kranken- und Jugend- oder Familienhilfe. Voraussetzungen für eine solche Zusammenarbeit sind jedoch verbindliche Kooperationsstrukturen. Dies gilt nicht nur für die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und (Kinder-)Psychiatrie, sondern auch in der Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Auch hier sind Modelle der direkten Kooperation noch zu selten entwickelt. Die Notwendigkeit der Kooperation zwischen Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie ergibt sich aus ihren jeweiligen Aufträgen für die Versorgung.

Grundlage einer erfolgreichen Kooperation ist die Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen Familie und psychischer Erkrankung. Auf Grund der unterschiedlichen Perspektiven dieser Institutionen ergeben sich jedoch besondere Schwierigkeiten und Herausforderungen für eine erfolgreiche Kooperation. Wichtigste Voraussetzung einer gelingenden Kooperation zwischen den Institutionen ist die Fähigkeit, die Perspektive der anderen Institution auf Multiproblemfamilien nachvollziehen zu können. Aus dem Abwägen und Austarieren dieser unterschiedlichen Perspektiven kann ein Behandlungsansatz entstehen, der Familien wirklich unterstützt. Wichtig ist es hier, aus der psychiatrischen, kinderpsychiatrischen und Jugendhilfeperspektive heraus, eine gemeinsame familienmedizinische Perspektive mit unterschiedlichen Hilfsangeboten für betroffene Familien zu entwickeln. Aus diesen Gründen sind wir derzeit dabei in Zusammenarbeit mit der LWL-Universitätsklinik Hamm und dem LWL-Klinikum Gütersloh ein Zentrum für Familienmedizin zu entwickeln, in dem psychisch kranken Kindern und ihren psychisch erkrankten Eltern ein gemeinsames Angebot kinderpsychiatrischer und erwachsenenpsychiatrischer Behandlung unter einem Dach angeboten werden kann.

Von besonderer Bedeutung sind hier zusätzlich präventive Angebote für psychisch unauffällige Kinder von psychisch erkrankten Eltern. Derzeit wird mit dem KANU-Projekt<sup>27</sup> ein solches Präventionsprogramm am LWL-Klinikum Gütersloh in Zusammenarbeit mit den Universitäten Bielefeld und Duisburg sowie dem Evangelischen Krankenhaus in Bielefeld erforscht. Diese verschiedenen Sichtweisen unter Nutzung der Möglichkeiten der Jugendhilfe sollen ein familienmedizinisches Angebot bilden, das einzelnen Familienmitgliedern gerecht wird und ihnen eine Möglichkeit für eine förderliche Entwicklung bietet. Dennoch ist die Zusammenarbeit dieser Systeme immer wieder auch schwierig. So findet sich meist eine räumlich große Trennung. Die Institutionen arbeiten in unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen und auch die Schweigepflicht und der Datenschutz erschweren eine gemeinsame Kommunikation. Letztlich liegen aber auch unterschiedliche berufliche Sozialisierungen bezüglich Führungsstil, Menschenbild und Einstellungen sowie verschiedene Arbeitsweisen vor. Ängste, Vorbehalte und Vorurteile, die die Zusammenarbeit beeinträchtigen, sollten geklärt werden. Zur Verbesserung der Kooperation zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe können lokale Netzwerke beitragen. Definierte Ansprechpersonen in Jugendämtern und Psychiatrie erleichtern auch die anonyme Bearbeitung. Erleichternd wirkt auch ein einheitlicher Handlungsablauf und Umgang mit Datenschutz und Schweigepflicht. Zudem können gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen zu einer Wissens- und Kompetenzerweiterung aller drei Institutionen beitragen. Kooperation kann im Zentrum aber gelingen, wenn es trotz einer institutionellen Parteilichkeit erreicht wird, sensibel für die vielfältigen Belastungen in diesen Familien zu sein. Gelingt dies, kann aus dieser Kooperation eine nachhaltige Hilfe für diese Familien erwachsen und Kindern und ihren Eltern dabei geholfen werden, neue Wege zu entwickeln.

---

<sup>27</sup> Informationen zum KANU-Projekt enthält ein Faltblatt unter:  
[www.uni-due.de/imperia/md/content/biwi/bauer/ag-sofo\\_kanu\\_informationsblatt\\_eeeipp.pdf](http://www.uni-due.de/imperia/md/content/biwi/bauer/ag-sofo_kanu_informationsblatt_eeeipp.pdf).

## Literatur

Aarts, M. (2008): Marte Meo - Ein Handbuch, Eindhoven

Brown, G.W./ Harris, T. (1978). Social Origins of Depression. Free Press, London

Bünder, P./Sirringhaus-Bünder, A. (2008): Die Arbeitsweise der Marte Meo-Methode. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 5, 330 - 345

Deneke, C., Lucas, T. (2008): Ambulante und teilstationäre Behandlung psychisch kranker Mütter und Väter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern. In A. Lenz/J. Jungbauer (Hg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte, Tübingen, S. 39 - 62

Erdélyi, Paul (2011): Die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie. Betrachtungen vor dem Hintergrund 25jähriger Erfahrung. In: Forum Erziehungshilfen, 2, S. 111 - 116

Gehrmann, J./ Sumargo, S. (2009). In : Monatsschrift Kinderheilkunde. 157: 383-394.

Kindler, H. (2009): Kindeswohlgefährdung: Ätiologie, Folgen, Diagnostik und Intervention. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 10, S. 764 - 785.

Kreis Gütersloh (2009): Suchtbericht für den Kreis Gütersloh 2008/2009 – Im Blickpunkt: Kinder von sucht- und psychisch kranken Eltern. Download unter: [www5.kreis-guetersloh.de/medien/bindata/Suchtbericht\\_2008\\_2009end.pdf](http://www5.kreis-guetersloh.de/medien/bindata/Suchtbericht_2008_2009end.pdf)

Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen.

Lenz, A. (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen, Göttingen.

Lenz, A. (2010): Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern, Göttingen.

LWL-Landesjugendamt Westfalen, Referat Erzieherische Hilfen (Hg.): Leitfaden zur Durchführung kollegialer Beratung. Münster, Download unter: [http://www.lwl.org/lja-download/datei-download/LJA/erzhilf/Organisationsberatung/KollegialeBeratung\\_Fallverstehen/1041865159\\_0/Leitfaden\\_zur\\_Durchfuehrung\\_kollegialer\\_Beratung.pdf](http://www.lwl.org/lja-download/datei-download/LJA/erzhilf/Organisationsberatung/KollegialeBeratung_Fallverstehen/1041865159_0/Leitfaden_zur_Durchfuehrung_kollegialer_Beratung.pdf) (gesehen am 10.01.2011)

Mattejat, F. (2002): Kinder depressiver Eltern. In H. Braun-Scharm (Hg.): Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart, S. 231 - 245

Mattejat, F. (2008): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wissen wir und was ist zu tun? In: Mattejat, F./Lisofsky, B. (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, Bonn, S. 63 - 95

Mattejat, F./Lisofsky, B. (Hg) (2008). Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch kranker Eltern. Balance Buch + Medien, Bonn

Mattejat, F./ Remschmidt, H. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. Deutsches Ärzteblatt 105: 413 - 418

Schmutz, Elisabeth (2010): Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie – Eine Arbeitshilfe auf der Basis von Ergebnissen des gleichnamigen Landesmodellprojektes. Mainz

Schone, R./Wagenblass, S. (2002): Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster, Münster

Schone, R./Wagenblass, S. (2001): Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe - Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 7, S. 581 – 589

## Die Autorinnen und Autoren

Birgit Altrogge, Dipl. Soz.Arb., Fachbereichsleiterin Ambulante Dienste im Verbund für Psychosoziale Dienstleistungen gGmbH, Langenfeld

Paul Erdélyi, Dr. med., Referent im LWL-Landesjugendamt Westfalen (a. D.)

Rainer Hartwig-Clasmeier, Dipl. Soz.Arb. Leiter der Ambulanten Erziehungshilfe der Diakonie im Kirchenkreis Halle e.V.

Michael Hipp, Dr., Arzt für Psychiatrie beim Gesundheitsamt Kreis Mettmann

Martin Holtmann, Prof. Dr. Dr., LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Martina Kriener, Dipl. Päd., Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Münster

Kronmüller, Klaus-Thomas, Prof. Dr. med., Dipl.-Psych., Ärztlicher Direktor LWL-Klinikum Gütersloh

Kerstin Retzlaff, Dipl. Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Tagesklinik Halle des LWL-Klinikum Gütersloh

Dirk Schatte, Dipl. Päd, Dipl. Soz.Arb., Leiter der Sozialen Dienste bei der Stadt Hilden

Doris Schlüter, Dipl. Verwaltungswirtin, Sucht- und Psychiatriekoordinatorin in der Abteilung Gesundheit des Kreises Gütersloh

Irmhild Schmidt, Dipl. Soz.Arb., Leiterin der Abteilung Jugend, Familie und Sozialer Dienst im Kreis Gütersloh, Regionalstelle Nord

Reinhold Schone, Prof. Dr. phil., Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Münster

## Anhang

1. Kooperationsvereinbarung zwischen LWL-Klinik Gütersloh, LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen, Kreis Gütersloh – Abteilung Gesundheit und Abteilung Jugend, Familie und Sozialer Dienst, Stadt Gütersloh, Fachbereich Jugend
2. Infoblatt Projekt „Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“: Informationen zur Fallkonferenz, Halle Oktober 2009
3. Projekt „Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“: Arbeitshilfe zur Vorbereitung von Fallvorstellungen in der Fallkonferenz. Halle November 2009
4. Flyer Fachtagung 2009: Unterstützung für Familien mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen) – Neue Anforderungen an Mitarbeiter/-innen und Institutionen
5. Flyer Fachtagung 2010: Unterstützung für Familien mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen) – Hilfreiche Angebote für Familien und Kinder

Anhang 1:



## **Kooperationsvereinbarung**

zwischen

**LWL-Klinik Gütersloh**

**LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen**

**Kreis Gütersloh**

- **Abteilung Gesundheit**
- **Abteilung Jugend, Familie und Sozialer Dienst**

**Stadt Gütersloh, Fachbereich Jugend**

### **1. Präambel**

Die hier folgende Vereinbarung dient als Leitfaden und Arbeitshilfe für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Institutionen, um die Arbeit mit hilfebedürftigen Menschen zu vereinfachen und zu erleichtern und die Zusammenarbeit zu verbessern.

Hauptziel ist es, die Hilfebedarfe von Familien mit sucht-/psychisch kranken Eltern und betroffenen Kindern wahrzunehmen und angemessene Hilfen anzubieten. Die Intention ist, mehr Handlungssicherheit und Verbindlichkeit herzustellen, durch gegenseitige Orientierung, durch Informationen über Ansprechpartner, Abläufe und Konfliktregelungswege sowie durch regelmäßigen, strukturierten Austausch zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit beizutragen und dadurch die Qualität der eigenen Arbeit zu verbessern.

### **2. Beteiligte Kommunen und Institutionen**

Kreis Gütersloh – Abteilung Gesundheit  
Kreis Gütersloh – Abteilung Jugend, Familie und Sozialer Dienst  
Stadt Gütersloh – Fachbereich Jugend  
LWL-Klinik Gütersloh  
LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen - Bernhard-Salzmänn-Klinik -

### **3. Charakter der Kooperationsvereinbarung**

Die Kooperationsvereinbarung soll als Arbeitshilfe den ständigen und notwendigen Dialog in der Zusammenarbeit zwischen Erwachsenenpsychiatrie, Suchtmedizin und Jugendhilfe fördern.

Die Vereinbarung soll den Anfang und nicht das Ende des Kooperationsprozesses darstellen, was bedeutet, dass die Vereinbarung einer ständigen Überprüfung und Überarbeitung bedarf.

## 4. Aufgabenbereiche der beteiligten Institutionen

### 4.1 LWL-Klinik Gütersloh

Die LWL-Klinik Gütersloh ist in erster Linie zuständig für die stationäre und tagesklinische Behandlung von Menschen mit psychischen, psychosomatischen und Abhängigkeits-erkrankungen. Bei speziellen Fragestellungen, die nicht durch niedergelassene Ärzte abgedeckt werden können, stehen die suchtmedizinische Ambulanz und die allgemeinpsychiatrische Ambulanz als Teile der LWL-Institutsambulanz Gütersloh zur Verfügung. Aufgrund ihres gemeindepsychiatrischen Ansatzes sehen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik nicht nur den einzelnen Patientinnen und Patienten verpflichtet, sondern sehen diese auch immer als Teil ihrer sozialen Umwelt. Das Mitdenken der Belange, insbesondere minderjähriger Kinder der Erkrankten, ist Selbstverpflichtung der BehandlerInnen. Die Wahrung des Kindeswohls ist Teil des Behandlungsauftrages in Zusammenarbeit mit den Angehörigen und anderen Hilfsorganisationen. Im Rahmen der ambulant oder stationär durchgeführten Sozialanamnese wird die Versorgungssituation der Kinder erfasst und ein ggf. erforderlicher Hilfebedarf erhoben. In Abhängigkeit vom Krankheitsbild wird gemeinsam mit den Betroffenen die Zuständigkeit geklärt. Patientinnen und Patienten werden über die bestehenden Angebote der Familien- und Jugendhilfe unterrichtet. Entsprechend dem festgestellten Hilfebedarf werden Kontakte sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich hergestellt. Mit Einverständnis der Betroffenen bzw. unter Wahrung der gesetzlichen Regelungen sind interdisziplinäre Gespräche anzustreben.

**Kontakt:** (...)

#### LWL-Klinik Gütersloh

##### 1. **Allgemeinpsychiatrische Ambulanz**, Hermann-Simon-Str. 7, Gütersloh, Haus 03

Die Ambulanz ist in erster Linie zuständig für Erwachsene. Die Einrichtung einer eigenen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz ist beantragt.

Angebote: Sprechstunde nach Vereinbarung, ggf. auch gemeinsam mit Kindern. Behandlung und Beratung, Vermittlung, bei Bedarf Begleitung, Einleitung von Hilfen aus dem Jugendhilfebereich, Informationsweitergabe von niederschweligen Kontaktstellen, Information und Vermittlung von begleitenden Diensten (Mütterberatung, Familienhilfen, Mutter-Kind-Kuren u.a.)

**Kontakt:** (...)

##### 2. **Suchtambulanz**, Hermann-Simon-Str. 7, Gütersloh, Haus 03

Beratung und Behandlung von suchtgefährdeten und von Abhängigkeit betroffenen Erwachsenen und ihren Angehörigen. Besonderer Wert wird auf die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Kindern gelegt. Information, Vermittlung und Zusammenarbeit mit Familienhilfe, Jugendamt und Einrichtungen des regionalen Suchthilfesystems. Familientherapeutische Arbeit unter Einbeziehung der Kinder.

**Kontakt:** (...)

##### 3. **Stationäre Behandlung von Erwachsenen (allgemeinpsychiatrisch und suchtmedizinisch)**, Hermann-Simon-Str. 7, Gütersloh, Gebäude 07, EG

Zentrale Aufnahme, Telefon 05241/502-2777, [ZentralaufnahmeGT@wkp-lwl.org](mailto:ZentralaufnahmeGT@wkp-lwl.org), Mo. – Fr. 8.00 – 16.30 Uhr, zu allen anderen Zeiten Pforte der LWL-Klinik Telefon 05241/502-0, Fax 05241/502-2102. Dort können auch Nachrichten hinterlassen werden.

**Kontakt:** (...)

## **4.2 LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen - Bernhard-Salzmänn-Klinik -**

Einrichtung der stationären, teilstationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation für erwachsene Menschen mit Abhängigkeiten von Alkohol, Medikamenten, Drogen und pathologischem Glücksspiel. Die Bernhard-Salzmänn-Klinik verfügt über eine eigene Mutter-Kind-Gruppe zur Mitaufnahme von nicht schulpflichtigen Kindern (Kostenzusage vor Aufnahme erforderlich). Kinderseminare für nicht volljährige Kinder, deren Eltern in der Bernhard-Salzmänn-Klinik Therapie machen, werden angeboten (Termine auf Anfrage).

**Kontakt:** (...)

## **4.3 Abteilung Gesundheit, Kreis Gütersloh**

Der Sozialpsychiatrische Dienst bietet Beratung und Begleitung für Betroffene, Angehörige, Betreuer und Freunde von Menschen mit seelischen Problemen (Angst, Krisen, Psychosen, Depressionen, Selbsttötungsgedanken) und für Menschen mit Suchtproblemen (Alkohol, Medikamente, Glücksspiel). Unsere Angebote unterliegen der Schweigepflicht und sind kostenlos. Sie brauchen weder Überweisung noch Chipkarte.

Wir bieten persönliche Gespräch in unserer Beratungsstelle oder bei Hausbesuchen an, offene ärztliche und sozialarbeiterische Sprechstunden in verschiedenen Städten und Gemeinden, einmalige Informationsgespräche oder Gesprächsreihen mit Betroffenen/Partnern/Angehörigen sowie Informationen über Vermittlung in Selbsthilfegruppen, Krankenhäuser und andere psychosoziale und medizinische Einrichtungen.

**Kontakt:** (...)

## **4 Abteilung Jugend, Familie und Sozialer Dienst, Kreis Gütersloh Fachbereich Jugend, Stadt Gütersloh**

Die Jugendämter des Kreises und der Stadt Gütersloh sind mit ihren Regionalstellen bzw. Regionalteams die zentrale, kommunale Anlaufstelle für Kinder, Jugendliche und Familien mit sozialen Problemen und Unterstützungsbedarf in Fragen der Erziehung. Ihr Aufgabenbereich umfasst die allgemeine Beratung in Erziehungsfragen; die Planung, Einleitung und Steuerung von ambulanten oder stationären erzieherischen Hilfen, die Familien- und Jugendgerichtshilfe, sowie die Trennungs- und Scheidungsberatung. Eine weitere Aufgabe der öffentlichen Jugendhilfe ist die Sicherstellung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen bei Kindeswohlgefährdung (§ 8 a SGB VIII), die Krisenintervention und die Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen. Auch die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zählt zu den Angeboten der Jugendhilfe.

**Zuständigkeiten:** (...)

## **5. Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

### **5.1 Zusammenarbeit im Einzelfall**

Frau Müller ist 38 Jahre alt und seit 15 Jahren mit einem LKW-Fahrer im Fernverkehr verheiratet. Nach der Geburt ihrer jetzt 13 Jahre alten Tochter Lisa hat sie ihren Beruf als Verkäuferin aufgegeben und ist nun Hausfrau und Mutter. Herr Müller ist nur einige Tage im Monat daheim und kümmert sich wenig um die Familie. Einzige Verwandte im Ort ist die kränkliche Mutter von Frau Müller, die gelegentlich zu Besuch kommt, aber schnell erschöpft ist. Engere Freunde und Vertraute gibt es nicht. Frau Müller erkrankte kurz nach Lisas Geburt an einer schizoaffektiven Psychose und musste deshalb schon mehrfach stationär behandelt werden. Zwischenzeitlich sucht sie sporadisch einen niedergelassenen Psychiater auf und nimmt die verordneten Medikamente nur unregelmäßig ein. Wegen ihrer krankheitsbedingten Antriebsstörung erledigt Lisa schon seit Jahren den größten Teil der Hausarbeit. Lisa besucht eine Gesamtschule, geht regelmäßig und pünktlich zum Unterricht, ist still und zurückhaltend und hat in der Schule praktisch keinen

Kontakt. Sie hat nie jemandem von den häuslichen Schwierigkeiten erzählt, klagt aber in der Schule häufiger über vegetative Störungen. Lehrer und Schulsozialarbeiter haben daher vor 2 Jahren Kontakt zum Jugendamt aufgenommen; bei dem einmaligen Kontakt zwischen dem Mitarbeiter des Jugendamtes, Frau Müller und Lisa konnten die Bedenken des Mitarbeiters zerstreut werden. Frau Müller, die im Gespräch einen sehr abweisenden und realitätsfernen Eindruck machte, erwähnte nicht ihre Krankheit. In einer neuen akuten Krankheitsphase ruft Lisa im Sozialpsychiatrischen Dienst an, die Telefonnummer hat sie vom Nervenarzt erhalten. Der Arzt des Dienstes veranlasst im Rahmen eines Hausbesuches eine Klinikeinweisung, wobei Lisa betont, dass ihr Vater abends heimkomme und sie jederzeit auch zu ihrer Oma gehen könne. Während des Klinikaufenthaltes besucht Lisa regelmäßig ihre Mutter, entschuldigt das Nichterscheinen ihres Vaters mit dessen vieler Arbeit – er ist im Ausland – und tröstet telefonisch die Oma, der es gerade auch nicht gut geht. Keiner weiß, dass Lisa alleine daheim ist. Die Mutter schweigt diesbezüglich in der Klinik und wünscht keinen Kontakt zum Jugendamt aus Furcht, das Kind könnte ihr fortgenommen werden. Lisa teilt diese Ängste und bemüht sich, auch in der Schule unauffällig zu wirken. Nach der Entlassung aus der Klinik ist Frau Müller noch recht eingeschränkt und wieder stark auf die Hilfe von Lisa angewiesen, die inzwischen sehr erschöpft und deprimiert ist.

Was hätte man besser machen können?

- Der **Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes** hätte genauer nach der Versorgung des Kindes forschen, den Vater über Handy kontaktieren und überdies **das Jugendamt informieren** können, dass sich ein 13-jähriges Mädchen nach Klinikeinweisung der Mutter alleine in der Wohnung befindet und Unterstützung braucht (z. B. Versorgung und Betreuung des Kindes durch die Jugendhilfe sicherstellen).
- Die **Klinikmitarbeiter** hätten bei der Aufnahme der Mutter nach der Betreuung der Tochter fragen müssen, sich über das alleinige Erscheinen des Kindes wundern und vermehrt nach dem Vater und dessen Aufenthaltsort sowie der Oma fragen können, um dann bei Unklarheit und fehlender Information **das Jugendamt, ggf. den Sozialpsychiatrischen Dienst zu informieren**.
- Das **Jugendamt** hätte bei dem Erstkontakt vor 2 Jahren bei fortdauernden Beschwerden und Isolierung des Mädchens eine **kinderpsychiatrische Untersuchung** in die Wege leiten und **den Sozialpsychiatrischen Dienst um Kontaktaufnahme zu Frau Müller bitten können zur Situationsklärung**.

## 5.2 Jährliches Arbeitstreffen

Zwecks Austausch über neue Entwicklungen und Reflexion der Zusammenarbeit treffen sich die Kooperationspartner mindestens jährlich zu einem Arbeitstreffen. Ansprechpartner für die Kooperation sind beim Kreis Gütersloh Doris Schlüter, bei der LWL-Klinik Gütersloh Dr. med. Ulrich Kemper und bei der Stadt Gütersloh Berthold Stuckmann.

## 5.3 Intervention

Die beteiligten Institutionen verpflichten sich zu einem strukturierten fachlichen Austausch auf der institutionellen und auf der Einzelfallebene unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen. Interdisziplinäre Fachgespräche zur Entwicklung von Hilfeperspektiven und Hilfearrangements werden im Rahmen dieser fachlichen Zusammenarbeit etabliert und sind auch in anonymisierter Form möglich, wenn keine Schweigepflichtentbindung vorliegt. Innerhalb der Fachgespräche kommt es zu einem umfassenden Informationsaustausch, einer gemeinsamen Falldefinition und einer Abstimmung über Teilaufgaben im Rahmen des Hilfeprozesses. Hierbei stehen die Bedarfe der Betroffenen sowie die Sicherung des Kindeswohls im Mittelpunkt. Die Kooperationspartner auf der Ebene der unmittelbar Fallverantwortlichen verpflichten sich, für Rückmeldungen, Rückfragen und auch für Kritik ansprechbar zu sein.

Wenn eine gemeinsame Falldefinition und Perspektiventwicklung nicht zu erzielen ist, soll die nächst höhere institutionelle Ebene zur Klärung hinzugezogen werden.  
Die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit und des fachlichen Austausches erfolgt regelmäßig und strukturiert. Die Kooperationspartner tauschen sich zu festgelegten Zeiten aus (mindestens einmal jährlich) und entwickeln Evaluationsinstrumente.

Gütersloh, den .....

**Kreis Gütersloh**

**Stadt Gütersloh**

.....  
Sven-Georg Adenauer  
Landrat

.....  
Maria Unger  
Bürgermeisterin

**LWL-Klinik Gütersloh/LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen**

.....  
.....  
Reinhard Loer  
Der kaufmännische Direktor

.....  
Rita Elpers  
Die Pflegedirektorin

.....  
Prof. Dr. med Ingrid Börner  
Die Ärztliche Direktorin

Hinweis: Die Daten hinsichtlich der Zuständigkeiten werden regelmäßig aktualisiert und in die Kooperationsvereinbarung eingepflegt.



**Abt. Jugend, Familie  
und Sozialer Dienst**  
Irmhild Schmidt  
Tel. 05201 – 814510  
Email Irmhild.Schmidt@gt-net.de

## Projekt

# Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Unterstützungsbedarf



**Ambulante  
Erziehungshilfen**  
Rainer Hartwig-Clasmeier  
Tel. 05201 – 18451  
Email Rainer.Hartwig-Clasmeier  
@diakonie-halle.de

## Informationen zur Fallkonferenz

Die Fallkonferenz wurde im Rahmen des Modellprojektes „Aufbau von Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“ konzipiert. In ihr werden Fälle aus dem Bereich der Jugendhilfe oder der psychiatrischen Betreuung besprochen, in denen eine psychische Beeinträchtigung/Erkrankung von Eltern gegeben ist.

### Zusammensetzung der Fallkonferenz

Die Fallkonferenz setzt sich aus ständigen Mitgliedern, die im Nordkreis Gütersloh im Bereich der Jugendhilfe oder psychiatrischen Versorgung tätig sind. Außerdem wirken Fachleute mit, die das Projekt begleiten. Weiterhin nehmen als „Falleinbringer“ möglichst alle Fachleute, die direkt in der Familie tätig sind, teil.

### **Ständige Mitglieder der Fallkonferenz:**

Regionale Jugendhilfe:	Irmhild Schmidt	Abt. Jugend, Familie u. Sozialer Dienst, Regionalteamleitung Nord
	Rainer Hartwig-Clasmeier	Diakonie Halle, Leitung Ambulante Erziehungshilfen
	Lars Schmieding	Diakonie Halle, Projektmitarbeiter Amb. Erziehungshilfen
Regionale Psychiatrie:	Kerstin Retzlaff	LWL-Klinik Gütersloh, Tagesklinik Halle
	Sonja Buschmann	Verein Daheim, Ambulante Wohnbetreuung
	Ulrike Dringenberg	Abt. Gesundheit, Sozialpsychiatrischer Dienst
	Doris Schlüter	Abt. Gesundheit, Psychiatriekoordinatorin
Projektbegleitung:	Beate Rotering	LWL Münster, Fachberaterin Erzieherische Hilfen
	Paul Erdely	LWL Münster, Fachberater Erzieherische Hilfen

### **Als Falleinbringer sollen in den Fall involvierte MitarbeiterInnen der**

- **Jugendhilfe (Bezirkssozialdienst, Ambulante Hilfen zur Erziehung, evtl. weitere) der**
  - **Psychiatrie (Ambulante Wohnbetreuung, Sozialpsychiatrischer Dienst, evtl. weitere)**
  - **weiteren Institutionen (Gesetzliche Betreuung, Fallmanager, evtl. weitere)**
- an der Fallkonferenz teilnehmen.**

### Ablauf der Fallkonferenz

**Für die Bearbeitung eines Falles werden in der Regel 1,5 Stunden notwendig sein.**

Die Arbeit in der Fallkonferenz orientiert sich an den gängigen Ablaufmustern von kollegialer Beratung und gliedert sich in verschiedene Abschnitte.

### **1. Vorstellung des Falles:**

- Der Fall wird von den Falleinbringern vorgestellt. Sinnvollerweise werden die Grunddaten von der zuständigen Fachkraft, die den Fall für die Fallkonferenz vorgeschlagen hat, eingebracht. Die anderen beteiligten Fachleute ergänzen die Fallbeschreibung aus ihren Blickwinkeln.

### **2. Reflektion des Falles :**

- Die ständigen Mitglieder der Fallkonferenz diskutieren den vorgetragenen Fall, teilen ihre Einschätzungen mit und bilden Hypothesen zum Fall

### **3. Entwicklung von Handlungsschritten**

- In der gemeinsamen Diskussion von Falleinbringern und ständigen Mitgliedern der Fallkonferenz sollen konkrete Handlungsmöglichkeiten/-alternativen erörtert werden. Gegebenenfalls treffen die Falleinbringer konkrete Absprachen.

### **Der Fallarbeitsprozess wird von einem ständigen Mitglied der Fallkonferenz moderiert.**

Da in der Regel komplexe Fälle in der Fallkonferenz vorgestellt werden ist es wünschenswert, dass die wesentlichen Daten zur Familie vorliegen, z.B. in Form einer Tischvorlage.

Zu den wesentlichen Daten gehören:

- Informationen zu den Familienmitgliedern und bekannten Ressourcen der Familie,
- Informationen zur psychischen Erkrankung (Diagnosen, Indikationen, etc. soweit vorhanden)
- Informationen zu familienrechtlichen Beschlüssen (Sorgerecht, gesetzliche Betreuung)
- kurze Beschreibung des Verlaufes der bisherigen Hilfen
- Beschreibung der derzeitigen Situation in der Familie

### **Ziele der Fallkonferenz**

#### **1. Entwicklung von passgenauen Hilfeangeboten**

- Durch gemeinsame Fallarbeit aller beteiligten Fachkräfte und die multiprofessionelle Kompetenz der Teilnehmer an der Fallkonferenz können Hilfeansätze entwickelt werden, die die Grenzen der unterschiedlichen Arbeitsfelder überschreiten. Passgenaue Hilfen berücksichtigen die unterschiedlichen Bedarfe der verschiedenen Familienmitglieder (z.B. der Eltern und der Kinder) und tragen diesen im Rahmen von verbindlichen Absprachen Rechnung)

#### **2. Stärkung der regionalen Netzwerke**

- Das gezielte Zusammenwirken der Fachkräfte aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern führt zu einem größeren Erfahrungshintergrund bei zukünftiger Zusammenarbeit. Das Wissen um die Handlungsmöglichkeiten in anderen Arbeitsfeldern ermöglicht die Einbeziehung dieser Ansätze in künftigen Betreuungen. Multiprofessionelle Zusammenarbeit wird ein regelmäßiger Arbeitsstandard in der Betreuung von Familien mit psychisch kranken Eltern(-teilen)

#### **3. Erarbeitung von Arbeitskonzepten**

- Die bestehenden Arbeitskonzepte werden in der Form weiterentwickelt, dass sie den Anforderungen der Familien mit psychisch kranken Eltern(-teilen) besser entsprechen. Aus den Lösungen für den Einzelfall werden generelle Handlungsmuster, Grundvoraussetzungen etc. für die Arbeit in diesem Bereich abgeleitet. Dies ist die Aufgabe der ständigen Mitglieder der Fallkonferenz und der wissenschaftlichen Begleitung.

### **Stellenwert der Fallkonferenz**

- Die Fallkonferenz ist ein Fachgremium, das neben den Gremien der unterschiedlichen Institutionen angesiedelt ist.
- Die Fallkonferenz hat keine Weisungs- oder Beschlussfunktion.
- Die Ergebnisse der Fallkonferenz sollen in den nachfolgenden Beratungen zu den Fällen fachlich berücksichtigt werden, sind aber für die Einbringer nicht bindend.

### **Schutz sensibler Daten**

- Die Einbringung von Fällen kann anonymisiert erfolgen.
- Die Mitglieder der Fallkonferenz haben sich alle zur Verschwiegenheit verpflichtet

### **Protokoll**

- Zur Fallarbeit in der Fallkonferenz wird ein anonymes Protokoll erstellt, das in erster Linie für die Auswertung im Rahmen der Entwicklung von Arbeitskonzepten benötigt wird.
- Offizielle Protokolle (z.B. Protokoll von Fachgesprächen, etc.) werden im Rahmen der Fallkonferenz nicht erstellt, auch nicht von den Falleinbringern. Persönliche Notizen sind natürlich möglich.

### **Wissenschaftliche Begleitung**

- Das Modellprojekt „Aufbau von Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Hilfebedarf“ wird wissenschaftlich begleitet durch die Fachhochschule Münster (Prof. Dr. Reinhold Schone, Martina Kriener).
- Unter Umständen nimmt jemand von der wissenschaftlichen Begleitung an der Fallkonferenz teil. Die Teilnahme erfolgt dann in beobachtender Funktion.
- Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung ist die Sicherung von Erkenntnissen im Modellprojekt und die Erstellung einer Arbeitshilfe für die Arbeit in Familien mit multiprofessionellem Unterstützungsbedarf.

Stand Oktober 2009



**Abt. Jugend, Familie  
und Sozialer Dienst**  
Irmhild Schmidt  
Tel. 05201 – 814510  
Email Irmhild.Schmidt@gt-net.de

### Projekt

## **Hilfen für Familien mit multiprofessionellem Unterstützungsbedarf**



**Ambulante  
Erziehungshilfen**  
Rainer Hartwig-Clasmeier  
Tel. 05201 – 18451  
Email Rainer.Hartwig-Clasmeier  
@diakonie-halle.de

---

### **Arbeitshilfe zur Vorbereitung von Fallvorstellungen in der Fallkonferenz**

**Idealerweise liegen bei der Vorstellung eines Falles umfassende Informationen vor und alle Helfer und Helferinnen werden beteiligt.**

**Diese Arbeitshilfe soll die Vorbereitung auf die Fallkonferenz vereinfachen und dazu beitragen, möglichst viele Aspekte für die Fallvorstellung zu berücksichtigen.**

#### **Informationsebene:**

##### **Informationen zur Familiengeschichte:**

- Daten zur Familiensituation (Genogramm, berufliche Situation, Schule, etc.)
- Problemsituation und Problementwicklung
- Soziale Situation (Belastungen, Ressourcen, etc.)

##### **Informationen zu Rahmenbedingungen**

- Wirtschaftliche Situation (Einkommen, Sozialhilfe, Schulden/Privatinsolvenz, etc.)
- Gesetzliche Regelungen (Sorgerecht, gesetzliche Betreuungen, Aufenthaltsstatus, etc.)
- Laufende Verfahren (Trennung/Scheidung, Erziehungsfähigkeit, Besuchsregelungen, etc.)

##### **Informationen zu bekannten Diagnosen und Behandlungen**

- Somatische Erkrankungen (Kinder, Eltern, etc.)
- Psychiatrische Erkrankungen (Kinder, Eltern, etc.)
- Süchte (Kinder, Eltern, etc.)
- Traumata (Kinder, Eltern, etc.)
- Erziehungsfähigkeit (Gutachten, etc.)
- Sozialpädagogische Unterstützung (FIM, Clearing, erzieherische Hilfen, etc.)

#### **Einzubeziehende Helferinnen und Helfer:**

- **Bei der Fallvorstellung sollen die aktuell in der Familie wirkenden Fachkräfte direkt beteiligt sein.**
- **Bei sich abzeichnendem weiterem Unterstützungsbedarf kann es vorteilhaft sein, die notwendigen Unterstützer vorausblickend an der Fallberatung zu beteiligen (z.B. Suchtberatungsstelle)**
- **Gegebenenfalls sind auch ehemalige HelferInnen zur Fallkonferenz einzuladen, wenn ihr Wissen ein besseres Fallverstehen ermöglicht.**
- **Die Einladung der HelferInnen übernimmt die Fachkraft, die den Fall für die Fallkonferenz angemeldet hat.**

## **Jugendhilfe**

- Abteilung Jugend, Familie und sozialer Dienst (BSD, Jugendgerichtshilfe, Pflegekinderdienst, etc.)
- Ambulante Erziehungshilfe (pädagogische Fachkraft, Familienpflegerin, Kinderkrankenschwester, etc.)
- Sonstige Fachkräfte (Erziehungsberatung, Tagesgruppe, stationäre Erziehungshilfe, Therapeuten, etc.)
- In Schutzkonzepten eingebundene Fachkräfte (Kita, Tagesmütter, etc.)

## **Psychiatrische Versorgung**

- Abteilung Gesundheit (sozialpsychiatrischer Dienst, Suchtberatung, etc.)
- Ambulante Betreuung (Wohnbetreuung, psychiatrische Pflege, etc.)
- Klinische Versorgung (Tagesklinik, stationäre Psychiatrie, Psychiatrische Ambulanz, etc.)
- Ambulante Versorgung (Ärzte, Therapeuten, etc.)

## **Soziale Unterstützung**

- Gesetzliche Betreuung
- Vormund
- GT-Aktiv (Fallmanager, etc.)
- Beratungsdienste (Schuldnerberatung, Migrationsberatung, etc.)

## **Beteiligung der Betroffenen**

- Wenn möglich sollten die Familienmitglieder über die Fallvorstellung in der Fallkonferenz informiert werden.
  - Wenn die Familie der Fallvorstellung zustimmt sollte eine Entbindung von der Schweigepflicht für die Fallkonferenz erteilt werden (für die falleinbringende Fachkraft)
  - Bei fehlender Zustimmung der Familie kann der Fall anonym beraten werden. Dies sollte der Familie ebenfalls mitgeteilt werden.
- Wenn möglich sollten die Familienmitglieder auf ihre Bereitschaft zur Teilnahme an einer Nachbefragung angesprochen werden

## **Falldarstellung**

- In der Falldarstellung sollen die möglicherweise unterschiedlichen Sichtweisen der Fachkräfte auf die Familie deutlich werden
- Die an der Fallkonferenz teilnehmenden Fachkräfte benennen ihre(n):
  - Auftrag/Auftragsgrundlage
  - Handlungsplan/-leitlinie
  - Ziele
  - Aktuelle Beratungsfrage
- Hinsichtlich der Vorstellung des Falles in der Fallkonferenz stimmen sich die vorstellenden Fachkräfte miteinander ab.
- Die mündliche Fallvorstellung wird durch eine Tischvorlage ergänzt, die wesentliche Fakten zur Familie benennt

## Anhang 4.

- Was: Fachtagung Ambulante Hilfen für Familien mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen)
- Mit: Dr. med. Michael Hipp, Sozialpsychiatrischer Dienst Kreis Mettmann
- Für: Fachkräfte der Jugendhilfe und der Psychiatrie aus dem Nordkreis Gütersloh
- Wann: Dienstag, 29.09.2009  
9:30 bis 16:00 Uhr
- Wo: Remise, Kiskerstrasse 2, 33790 Halle
- Wieviel: Tagungsgebühr incl. Verpflegung  
20,- Euro pro Person

Anmeldungen per Email an:

[lars.schmieding@diakonie-halle.de](mailto:lars.schmieding@diakonie-halle.de)

AnsprechpartnerInnen bei Rückfragen:

  
Kreis Gütersloh  
volksgemeinnützig & bodenkennzeichnend  
Abt. Jugend, Familie  
und Sozialer Dienst  
Irmhild Schmidt  
Tel. 05201 – 814510

  
Diakonie  
im Kirchenkreis Halle  
Ambulante  
Erziehungshilfen  
Rainer Hartwig-Clasmeier  
Tel. 05201 – 18451

## Möglichkeiten und Grenzen

Bei der Unterstützung von Familiensystemen mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen) stellen sich den Helfern neue Fragen und Aufgaben. Die akute Gefährdungssituation von Kindern muss eingeschätzt werden, aber auch die langfristigen Folgen aus dem Zusammenleben in „verrückten“ Systemen sind in die Überlegungen und Entscheidungen von Hilfemaßnahmen einzubeziehen.

Eine Herausforderung stellt auch die multidisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Helfersystemen dar. Die Zusammenarbeit der Einrichtungen aus Jugendhilfe und psychiatrischer Versorgung ist notwendig und will gelernt werden. Oftmals bestehende Unkenntnis über Grundlagen, Aufgaben und Arbeitshaltungen im jeweils anderen Arbeitsfeld erschweren die Zusammenarbeit. Als Grundlage für gelungene Zusammenarbeit sind verbindliche Absprachen notwendig. Die Beteiligung der regionalen Einrichtungen an der Weiterentwicklung von Kooperationen und Netzwerken ist unabdingbar.

Im Rahmen des Projektes „**Aufbau von Hilfen für Familien mit multiprofessionellen Hilfebedarfen**“ entwickeln Fachkräfte aus den Arbeitsfeldern Psychiatrie und Jugendhilfe im Nordkreis Gütersloh hierzu neue Hilfskonzepte. Ziel des Projektes und der Fachtagung ist

## Fachtagung Unterstützung für Familien mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen)



Neue Anforderungen an MitarbeiterInnen  
und Institutionen

  
Kreis Gütersloh  
volksgemeinnützig & bodenkennzeichnend

  
Diakonie  
im Kirchenkreis Halle

die Förderung eines bereichsübergreifenden fachlichen Fundamentes und die Unterstützung von multiprofessioneller Zusammenarbeit.

Im Rahmen unseres Fachtages wollen wir uns mit zwei Schwerpunkthemen beschäftigen.

### 1. **Auswirkung der psychischen Erkrankung der Eltern auf die Beziehungsgestaltung mit den Kindern**

Wie sehen spezifische Folgen für die Kinder aus und welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es, um eine weitestgehend unbelastete Entwicklung zu stützen.

### 2. **Multidisziplinäre und multiinstitutionelle Kooperation bei der Versorgung von Familien mit psychischen Erkrankungen**

Welche Anforderungen bestehen bei der fallbezogenen und fallübergreifenden Zusammenarbeit. Wie können regionale Netzwerke entstehen und erhalten werden.

#### Referent:

Dr. Michael Hipp ist „Praktiker“ als Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie im sozialpsychiatrischen Dienst Hilden. Er ist Mitbegründer des Präventionsprojektes Kipkel (Prävention für Kinder psychisch kranker Eltern) im Kreis Mettmann. Auf zahlreichen Fachkongressen und Fachtagungen hat er als engagierter und versierter Fachmann seine Kenntnisse und Erfahrungen dargelegt.

## Anlage 5.

### Referent:

PD Dr. Klaus-Thomas Kronmüller ist seit Januar 2010 ärztlicher Direktor der LWL-Klinik Gütersloh. Von 1994 bis 2009 arbeitete er als Arzt in der psychiatrischen Fachklinik im Universitätsklinikum Heidelberg. Prä- und Postpartale psychische Erkrankungen, Mutter-Kind-Beziehung und kindliche Entwicklung gehörten zu seinem Aufgabenbereich

Was: Fachtagung Ambulante Hilfen für Familien mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen) 2010

Mit: PD Dr. med. Dipl.-Psych.  
Klaus-Thomas Kronmüller  
Ärztlicher Direktor LWL-Klinik Gütersloh  
Dieter Heitmann / Ina Hirsch

Für: Fachkräfte der Jugendhilfe und der Psychiatrie aus dem Nordkreis Gütersloh

Wann: Mittwoch, 27.10.2010  
9:30 bis 16:00 Uhr

Wo: Remise, Kiskerstrasse 2, 33790 Halle

Wieviel: Tagungsgebühr incl. Verpflegung  
20,- Euro pro Person

Anmeldungen per Email an:  
lars.schmieding@diakonie-halle.de  
AnsprechpartnerInnen bei Rückfragen:



Abt. Jugend, Familie  
und Sozialer Dienst  
Irmhild Schmidt  
Tel. 05201 – 814 510



Ambulante  
Erziehungshilfen  
Rainer Hartwig-Clasmeier  
Tel. 05201 – 184 51

## Fachtagung 2010

# Unterstützung für Familien mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen)



## Hilfreiche Angebote für Familien und Kinder



## Hilfreiche Angebote

*Die Fachtagung 2010 beschäftigt sich mit konkreten Unterstützungs- und Betreuungsmöglichkeiten.*

*Welche Möglichkeiten bestehen für die professionellen HelferInnen den Bedürfnissen der psychisch erkrankten Eltern und der Kinder gerecht zu werden?*

*In den Focus ist insbesondere auch die Situation von psychisch erkrankten Müttern mit Neugeborenen geraten. Welche Auswirkungen haben Schwanger- und Elternschaft auf die Mütter, wie wirkt sich eine psychische Erkrankung auf die Mutter-Kind Beziehung aus, welche Hilfen sind notwendig?*

*Die Universitätsklinik in Heidelberg beschäftigt sich im Rahmen eines umfangreichen Mutter-Kind Projektes mit den Auswirkungen von prä- und postpartalen psychischen Störungen auf Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, die Mutter-Kind Beziehung sowie die frühkindliche Entwicklung.*

*Herr Dr. Kronmüller wird über die dortigen Erkenntnisse und Ergebnisse berichten.*

*Die immer stärker werdende Notwendigkeit der Kooperation von Institutionen und Professionen wird der zweite Schwerpunkt des Vortrages von Herrn Kronmüller sein. Die praktische Zusammenarbeit mit der LWL-Klinik in Gütersloh steht hierbei im Vordergrund.*

*Auch in unserer Region gibt es neue Hilfeansätze die versuchen, den Bedarfslagen von Familien mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen) zu entsprechen. Neben spezifischen fachlichen Hilfen der Psychiatrie und der Jugendhilfe gibt es für die Stabilisierung der Familien und die Entwicklung der Kinder vielfältige Angebote. Im Rahmen der Fachtagung werden sich einige dieser Angebote vorstellen. Wie die unterschiedlichen Angebote für die Familien genutzt werden können, was zu beachten ist um angemessene Hilfearrangements zu entwickeln, was die Fachkräfte brauchen um ihre Aufgaben gut bewältigen zu können, ist ein weiterer Schwerpunkt des Tages.*

*Die letztjährige Fachtagung zeigte, dass es einen großen Bedarf an Austausch über die Grenzen des eigenen Arbeitsfeldes hinaus gibt. Wesentlicher Bestandteil der Tagung ist deshalb neben den fachlichen Inputs der Austausch und Kontakt der regional tätigen Fachkräfte.*

## Programm

- 09:30 – 10:00 Stehkafee / Begrüßung
- 10:00 – 11:15 Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Schwanger- und Elternschaft und die Mutter-Kind-Beziehung  
Dr. Klaus-Thomas Kronmüller  
Anschließend: Fragen / Diskussion
- 11:30 – 12:30 Zusammenarbeit zwischen der LWL-Klinik Gütersloh und der Jugendhilfe  
Dr. Klaus-Thomas Kronmüller / Irmhild Schmidt  
Anschließend:  
Austausch über Zusammenarbeit im Plenum
- 12:30 – 13:30 Mittagspause (Für Verpflegung ist gesorgt)
- 13:30 – 14:15 „KANU- Gemeinsam weiterkommen“  
Darstellung eines Präventionsprojektes der von-Bodelschwinghschen-Anstalten und der LWL-Klinik Gütersloh  
Dieter Heitmann, Universität Duisburg-Essen  
Fakultät für Bildungswissenschaften  
Anschließend: Nachfragen zum Projekt
- 14:15 – 15:00 Kreisfamilienzentren Gütersloh  
Darstellung des Konzeptes und der Arbeitsweise des Kreisfamilienzentrums Borgholzhausen  
Ina Hirsch, Leitung Kreisfamilienzentrum Borgholzhausen  
Anschließend:  
Nachfragen zu Konzept und Arbeitsweise
- 15:30 – 16:30 Wie können die dargestellten Möglichkeiten durch die Mitarbeitenden in der Psychiatrie / Jugendhilfe genutzt werden  
Plenums- / Gruppengespräch

**Bestelladresse:**

LWL-Landesjugendamt Westfalen

Alicja Schmidt

[alicja.schmidt@lwl.org](mailto:alicja.schmidt@lwl.org)

Fax 0251 591-275

Web-Shop: [www.lwl.org/lwl-landesjugendamt-shop](http://www.lwl.org/lwl-landesjugendamt-shop)

# Besuchen Sie uns im Internet

[www.lja-wl.de](http://www.lja-wl.de)

- Publikationen bestellen
- Publikationen herunterladen
- sich aktuell informieren
- *Jugendhilfe-aktuell* als Newsletter abonnieren
- Informationen zu Fortbildungen

und vieles mehr