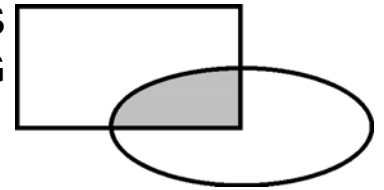


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



6. Jg. ■ Heft 4 ■ Oktober 2010

Inhalt

Themenschwerpunkt: Kinder- und Jugendhilfe

- 3 Editorial
- 4 *Hans Günther Homfeldt*
Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen
Interview von Silke Birgitta Gahleitner mit Hans Günther Homfeldt
über den 13. Kinder- und Jugendbericht
- 6 *Marc Schmid*
Kinder- und Jugendhilfe im Brennpunkt
Nachdenken über strukturell verursachte gesellschaftliche Folgekosten
bei Jugendhilfeabbrüchen
- 9 *Kristin Ehmer*
»Weil das auch immer so unsicher war«
Versorgung aus der Sicht von AdressatInnen
- 11 *Juliane Tausch*
**Schnittstellenarbeit im Frühe-Hilfen-Projekt –
das Familiennetzwerk Wandsbek**
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum
- 2 Veranstaltungshinweis: DGSA-Tagung im Oktober 2010

Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
SOZIALE ARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Kristin Ehmer

Kristin Ehmer ist Studentin an der Alice Salomon Hochschule. Ihre Abschlussarbeit wurde für den Preis für »Innovative Abschlussarbeiten« vorgeschlagen. Sie arbeitete während des Studiums bereits in verschiedenen psychosozialen Arbeitsfeldern. Interessensgebiete: Biografieforchung, Jugendhilfe, Partizipation, interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Kontakt: kris.ehmer@web.de

Silke Birgitta Gahleitner

Silke Brigitta Gahleitner studierte Soziale Arbeit und promovierte in Klinischer Psychologie. Sie arbeitete langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in der sozialtherapeutischen Einrichtung für traumatisierte Mädchen TWG Myrrha sowie in eigener Praxis. Seit 2005 ist sie Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit mit den Arbeits- und Forschungsschwerpunkten psychosoziale Diagnostik, Psychotherapie und Beratung, qualitative Forschungsmethoden und Psychotraumatologie zunächst an der EFH Ludwigshafen, heute der ASH Berlin.

Kontakt: sb@gahleitner.net

Hans Günther Homfeldt

Hans Günther Homfeldt, Dr. phil., Professor für Sozialpädagogik/Sozialarbeit an der Universität Trier (entpflichtet). Arbeitsschwerpunkte: Soziale Arbeit und Gesundheit; Transnationalität und Internationalität in der Sozialen Arbeit; Lebensalter und Soziale Arbeit; aktuelle Fragestellungen in der Sozialen Ar-

beit. Mitherausgeber des Sixpacks »Lebensalter und Soziale Arbeit« (2008/2009) im Schneider Verlag Hohengehren. Herausgeber (mit C. Reutlinger) des Bandes »Soziale Arbeit und soziale Entwicklung« Schneider Verlag Hohengehren (2009).

Kontakt: homfeldt@uni-trier.de

Marc Schmid

Marc Schmid, Dr. biol. hum. Dipl.-Psych. Psychologischer Psychotherapeut, Systemischer Familientherapeut ist Leitender Psychologe der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel. Lehrtherapeut und Supervisor für Verhaltenstherapie an mehreren Ausbildungsinstituten. Arbeitsschwerpunkte: Schnittstelle von Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und Kinder- und Jugendhilfe, Maßnahmevollzug bei straffälligen Heranwachsenden, traumatisierte Kinder, Psychotherapie von Persönlichkeitsentwicklungsstörungen und komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen.

Kontakt: marc.schmid@upkbs.ch

Juliane Tausch

Juliane Tausch, Klinische Sozialarbeiterin (M.A.), Dipl. Sozialarbeiterin. Projektleiterin vom »Familiennetzwerk Wandsbek« bei »Aladin – Ambulante Hilfen und Therapie e.V.« in Hamburg. Schwerpunkte: Frühe Hilfen, Ambulante Hilfen zur Erziehung, Qualitätsentwicklung.

Kontakt: juliane.tausch@aladin-hamburg.de

26.-27.11.2010: »Das Ganze und seine Teile«

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) veranstaltet vom 26.–27.11.2010 an der Evangelischen Hochschule Freiburg ihre Jahrestagung »Das Ganze und seine Teile: Generalisierung und Spezialisierung Sozialer Arbeit im internationalen Maßstab«.

Zum Inhalt

Spätestens mit der Einführung gestufter Studiengänge bei den sozialen Berufen und einer Neuordnung des Weiterbildungsmarktes bilden sich nach der Konvergenz von Sozialpädagogik und Sozialarbeit neue Formen der Spezialisierung im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit und ihrer benachbarten Professionen heraus. So entstanden im Rahmen des Bolognaprozesses eine Vielzahl hoch spezialisierter Masterstudiengänge, bei denen eine fachwissenschaftliche Verankerung in der Sozialen Arbeit kaum noch zu erkennen ist. Felder, die beispielsweise traditionell der Kinder- und Jugendhilfe zugerechnet werden, gliedern sich aus, profilieren sich erziehungswissenschaftlich und konzentrieren sich auf Erziehungs- und Bildungsaufträge.

In anderen eher klassisch sozialarbeiterischen Handlungsfeldern bilden sich neue Schnittmengen mit dem Gesundheitsbereich oder dem Rechtssystem und profilieren sich neue Berufsgruppen – wie beispielsweise Case Management, Betreuungsmanagement, Quartiersmanagement, Beratung und Klinische Sozialarbeit. Diese Entwicklung scheint mit einem Bedarf nach spezifischer ausgeprägten Handlungskompetenzen bei komplexer werdenden Problemstellungen und gleichzeitig schwindender Kohäsion informeller sozialer Systeme einherzugehen. Die traditionellen horizontalen und vertikalen Grenzen zwischen den einzelnen Berufsgruppen und innerhalb dieser werden neu gezogen. Neue Formen der Generalisierung entstehen ebenso wie neue Formen der Spezialisierung.

Obwohl dieser Prozess in Ausbildung und Praxis teilweise zu heftigen Kontroversen geführt hat, wurde dieser in der theoretischen Reflexion bisher kaum thematisiert. Für uns als wissenschaftliche Fachgesellschaft stellen sich beispielsweise folgende Fragen: (1) Was sind die Gründe für die Prozesse der Ausdifferenzierung? (2) Welche Risiken und Chancen liegen in dieser Entwicklung? (3) Welcher

Forschungsbedarf besteht? (4) Welchen theoretischen Blick benötigen wir? (5) Wie lässt sich dieser Prozess sinnvoll gestalten? (6) Welche Konsequenzen hat dies für die Gestaltung der Curricula in Aus-, Fort- und Weiterbildung? (7) Wie sollten ein gestuftes Kerncurriculum und eine Spezialisierung zur »Fachsozialarbeit« aussehen?

Auf unserer Jahrestagung vom 26.–27. November 2010 an der EH Freiburg haben wir Kollegen und Kolleginnen aus unseren deutschsprachigen Nachbarländern und Großbritannien eingeladen und möchten unsere Debatten damit in einem internationalen Kontext führen. Unterschiedliche Perspektiven und Ergebnisse sollen dann in den Sektionen und Fachgruppen sowie in gruppenübergreifenden Diskursen beleuchtet und vertieft werden. Wir erhoffen uns hieraus wesentliche Impulse für die weitere Entwicklung der Sozialen Arbeit in Theorie, Lehre, Forschung und Praxis.

Aus dem Programm

26.11., 14:45 h:
International challenges to social work education (Lena Dominell, Durham University, UK)

26.11., 18:00 h:
Generalisierung und Spezialisierung Sozialer Arbeit in der Schweiz (Daniel Gredig, Stefan Schnurr, FH Nordschweiz)

27.11., 09:15 h:
Generalisierung und Spezialisierung Sozialer Arbeit in Österreich (Peter Pantucek, FH St. Pölten, Österreich)

27.11., 13:00 h:
Podiumsdiskussion (Ulrich Bartosch, FBTS; Fabian Kessel, DGFE; Michael Leinenbach, DBSH; Peter Buttner, Deutscher Verein; Silke Birgitta Gahleitner, DGSA; Sabine Stövesand, Moderation)

Informationen

Veranstalter: DGSA

Veranstaltungsort: Evg. Hochschule Freiburg
Information und Anmeldung (bis 31.10.2010):
DGSA, PF 1129, Schloßstr. 23, 74370 Sersheim
Tel.: 00 49 (0)70 42 / 39 48
Email: dgsa@dgsainfo.de
Internet: www.dgsainfo.de

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner
Hochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld
Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Peter Dentler
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz
Alice-Salomon-Hochschule Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner
HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Albert Mühlum
Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls
Hochschule Coburg

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst
Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

Redaktionsteam

Uwe Klein (Leitung)
Kirsten Becker-Bikowski
Silke Birgitta Gahleitner
Gernot Hahn

Anzeigenakquise

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin
c/o Uwe Klein, Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Höhensteig 1, 12526 Berlin
Tel. 030/6741 2508 ■ Fax 030/6741 2509 oder:
Tel. 030/6050 0856 ■ Fax 030/6050 0857
Email: zks-berlin@ipsg.de

Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

Druck

Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH, Ottweiler

Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einlezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Der aktuell erschienene 13. Kinder- und Jugendbericht (BT-Drs. 16/12860, 2009) formuliert als ein wesentliches Anliegen, die großen Chancen der Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche effektiver und effizienter zu nutzen (S. 7f.). Insbesondere wird dafür eine konstruktivere Zusammenarbeit bestehender Einrichtungen und Dienste gefordert, wünschenswert wären »multimodale Versorgungsnetze« (S. 16). Als Beispiel für eine gelungene Kooperation wird der Verbund »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« benannt. Dagegen zeichnet sich an vielen anderen Stellen des Berichts die momentane Lage durch das Auseinanderklaffenden von Zuständigkeiten aus (S. 13).

Was jedoch macht dieses Anliegen so dringlich? Einem ZEIT-Artikel (Spiewak, 2008) zufolge leben Kinder von heute doch gesünder, sicherer, sind gebildeter: »Zu keiner anderen Zeit ging es der Mehrzahl der Kinder in diesem Land so gut wie heute.« Basis dieser Aussagen sind die »KiGGS-Daten« des großen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (Schlack & Hölling, 2009). Sie offenbaren uns jedoch dem ZEIT-Artikel zufolge auch eine andere Seite der Wohlstands-Medaille: dass Kinder sozial benachteiligter Familien häufiger von Übergewicht betroffen sind, seltener Sport treiben, mehr Zeit am Bildschirm verbringen, häufiger Verhaltensauffälligkeiten zeigen und Essstörungen haben, in einem ungünstigeren Familienklima aufwachsen, geringere personale, soziale und familiäre Ressourcen besitzen und eine deutlich höhere Gewaltbelastung aufweisen (ebd.; vgl. auch Keupp, 2009).

Die Häufigkeit von Problemlagen verteilt sich also sozial ungleich. Während psychische Auffälligkeiten nur 8,1% der Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus zeigten, waren dies bei mittlerem 13,4%, bei niedrigem Sozialstatus sogar 23,2%. Im stationären Bereich der Kinder- und Jugendhilfe lässt sich eine besonders hohe Rate von kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen feststellen: ca. zwei Drittel der Kinder zeigen auffällige Ergebnisse, ca. ein Drittel zeigt so viele Störungen und Problemlagen wie nur zwei Prozent der Kinder aus der Allgemeinbevölkerung (Schmid, 2007).

Die Versorgungsrealitäten als Antwort darauf lassen dagegen noch zu wünschen übrig. Hans Günther Homfeldt, der sich für diese Ausgabe der Zeitschrift zu einem aufschlussreichen Email-Interview bereit erklärte, resümiert den 13. Kinder- und

Jugendbericht mit den Worten: »Wichtig ist mir vor allem, dass Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention stärker als bislang ins Blickfeld der Kinder- und Jugendhilfe rückt«. Unter dem Motto: »Der junge Mensch im Mittelpunkt der verantwortlichen Teilsysteme« erläutert er, welche strukturellen Notwendigkeiten er als Voraussetzung für eine besser gelingende Kinder- und Jugendhilfe als notwendig erachtet. Stichworte wie die »große Lösung« und das Jugendamt als »zentrale Koordinierungsstelle« sowie »querschnittige Verbindungen in der Sozialgesetzgebung« werden lebendig und anschaulich vermittelt. Für seinen engagierten Einsatz im Zuge der interessanten Interviewform, die sich über mehrere Email-Sequenzen hin erstreckte, sei Hans Günther Homfeldt an dieser Stelle nochmals herzlichst unser Dank ausgesprochen.

In den folgenden drei Artikeln wird dieses Thema aus verschiedenen Perspektiven erneut aufgegriffen und weiter diskutiert. Die Intention des Gesetzgebers mit § 35a KJHG im Jahre 1991, den interdisziplinären Dialog zu fördern, wird bei besonders stark belasteten Kindern und Jugendlichen nicht systematisch genutzt, zeigt Marc Schmid auf. Die Grundidee dieser Rechtsform könnte jedoch sowohl eine effektivere Kooperation fördern als auch gesellschaftliche Folgekosten verhindern helfen, so internationale und erste nationale Forschungsergebnisse. Die Argumentation zeigt überzeugend, wie sehr sich nicht nur in der Finanz-, sondern auch in der Sozialpolitik kurzfristige »Gewinne« nicht nur als unethisch, sondern auch als »kurzsichtig« herausstellen.

Für junge Menschen, die unter multiplem Exklusionsphänomenen und biographisch bedingten Problemlagen zu leiden haben, sind wir also offenbar nicht in der Lage, adäquate Hilfen zu entwickeln. So die Aussage namhafter ExpertInnen zum Thema. Wie aber nehmen Kinder und Jugendliche selbst diesen Versorgungsnotstand wahr? Nehmen sie ihn überhaupt wahr? Im Rahmen ihrer Abschlussarbeit rekonstruierte Kristin Ehmer in beeindruckender Weise, wie Jugendliche selbst ihre Hilfeprozesse erleben. Nimmt man die Aussagen der Jugendlichen ernst, so die Autorin in ihrem Resümee, ergeben sich Forderungen an eine sozialarbeiterische Praxis, einen eigenen politischen Anspruch im Sinne einer menschenrechtlichen Parteilichkeit zu definieren und sozialpolitisch durchzusetzen.

Als konkretes Positiv-Beispiel für eine »Vernetzung qua Konzept« wird im letzten Artikel von Juliane Tausch aufgezeigt, dass es möglich ist, im Rahmen

sozialräumlicher Angebotsentwicklung ambulante Kinder- und Jugendhilfe niedrigschwellig, alltagsnah und passgenau anzubieten – auch für sog. »schwer erreichbare Familien«. Der Zugang erfolgt sowohl durch die Eigeninitiative der NutzerInnen als auch vermittelt durch andere Einrichtungen oder das Eingangs- und Netzwerkmanagement des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD). Auch auf fachlicher Ebene wird das Familiennetzwerk durch den Arbeitskreis »Frühe Hilfen Wandsbek« getragen. Er fördert persönliches Kennenlernen, Wissen um Berufsfelder und Angebote sowie fachlichen Austausch und Weiterbildung und verbindet alle interessierten Fachleute in der Region miteinander.

Es bleibt zu hoffen, dass sich das Projekt bewährt und weitere Beispiele folgen, die die Idee interdisziplinärer und interinstitutioneller Hilfen über das jeweils persönliche und individuelle Engagement von Personen oder Regionen hinaus fest in die Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe implementieren. Auf diese Weise passgerechte Hilfen anzubieten, wird in der Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnen. Klinische Sozialarbeit könnte hier eine Schlüsselstellung einnehmen, aktiv umsetzungsfähige Konzepte gegen die Versäulung von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Behindertenhilfe zu entwickeln und sich auch (fach-)politisch noch mehr in den Gestaltungsprozess der Kinder- und Jugendhilfe einzubringen: damit sich Kinder- und Jugendhilfe mehr am Bedarf als an kurzfristigen Finanzgewinnen orientiert.

Für die Redaktion:
Silke Birgitta Gahleitner

Literatur

- BT-Drs. 16/12860 (Deutscher Bundestag, Drucksache vom 30.04.2009) (2009). *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 13. Kinder- und Jugendbericht und Stellungnahme der Bundesregierung*. Berlin: Deutscher Bundestag. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612860.pdf> [15.09.2009].
- Keupp, H. (2009). Welche Ressourcen benötigen Kinder und Jugendliche? Perspektiven des aktuellen Kinder- und Jugendberichts. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis* (S. 92-105). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schlack, R. & H. Hölling (2009). Psychische Auffälligkeiten und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Aktuelle Zahlen aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS. *Die Kerbe*, 27(2): 5-9.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Spiewak, M. (2008). Falsche Panik. *DIE ZEIT*, 01.10.2008, Nr. 41. Verfügbar unter: <http://www.zeit.de/2008/41/B-Familie> 29.08.2010.

Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen

Interview von Silke Birgitta Gahleitner mit Hans Günther Homfeldt über den 13. Kinder- und Jugendbericht

Hans Günther Homfeldt

Silke Birgitta Gahleitner: Herr Homfeldt, der 13. Kinder- und Jugendbericht hat ja in der psychosozialen Jugendhilfelandchaft sehr viel Anklang gefunden und wird zahlreich referiert und zitiert. Was sind denn Ihrer Ansicht nach die zentralen Ergebnisse dieses Berichts, und was sind die Gründe für seine großflächige »Nutzung« und Verbreitung?

Hans Günther Homfeldt: Wichtig ist mir vor allem, dass Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention stärker als bislang mit Hilfe des Berichts ins Blickfeld der Kinder- und Jugendhilfe rückt. Teil D des Berichts – sein Herzstück – macht deutlich, dass in der Kinder- und Jugendhilfe schon viele Projekte laufen, im Bereich der frühen Hilfen, in der Jugendarbeit, vor allem aber in der Kooperation mit der Gesundheitshilfe. Und hier sehe ich auch das zentrale Ergebnis des Berichts: Um Kindern und Jugendlichen mehr Chancen für ein gesundes Aufwachsen zu geben, müssen die Hilfen noch viel besser koordiniert werden. Gelingen kann dies jedoch auf Dauer nur, wenn die strukturellen Voraussetzungen für Kooperationen geschaffen werden. Hier denke ich z. B. im Zusammenhang mit dem § 35a SGB VIII an die »große Lösung« und an die Weiterentwicklung des Jugendamtes als zentrale Koordinierungsstelle für Hilfen, aber auch an querschnittliche Verbindungen in den entsprechenden Sozialgesetzbüchern.

Wenn der Bericht in der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und hoffentlich auch der Schule auf große Resonanz stößt, dann freut es mich als Mitglied der Steuerungsgruppe sehr. Gerade im hochaktuellen Aufgabenfeld der Inklusion kann der Bericht Impulse für Kooperationen zwischen den sozialen Diensten liefern.

S. B. G.: Dass die verschiedenen Hilfen – und auch Systeme – noch viel besser koordiniert werden müssen, ist ja eine unendliche Geschichte im Jugendhilfebereich und – aus

einer anderen Perspektive – auch nochmals Thema in dieser Ausgabe unserer Zeitschrift. Das macht mich natürlich neugierig: Welche strukturellen Voraussetzungen müssten denn Ihrer Ansicht nach für eine besser gelingende Kooperationslandschaft geschaffen werden?

H. G. H.: Mit »unendlicher Geschichte im Jugendhilfebereich« meinen Sie wahrscheinlich Schwierigkeiten der Kooperation zwischen freien Trägern der Erziehungshilfe und öffentlichen Trägern oder auch Schwierigkeiten verschiedener Träger, in einem Verbund zu kooperieren. Vielleicht denken Sie aber auch an den § 81 des SGB VIII. Er regelt ja die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, wie den Schulen, dem Gesundheitswesen, den Trägern anderer Sozialleistungen, den Polizei- und Ordnungsbehörden etc. Aber leider gibt es hier keine wechselseitige rechtliche Regelung. Die anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen sind nicht zu einer Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe verpflichtet. So entsteht möglicherweise der Eindruck unaufgeforderten Einmischens und damit auch eine unendliche Geschichte...

Unsere Aufgabe in der Steuerungsgruppe stellte sich etwas anders: Da in vielen Bereichen der Gesundheitsförderung und der gesundheitsbezogenen Prävention mögliche Kooperationen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und der Behindertenhilfe noch nicht hinreichend genutzt werden, bestand der zentrale Auftrag der Bundesregierung an die Kommission darin, die Schnittstellen zwischen diesen sozialen Diensten in den Blick zu nehmen und Kooperationsperspektiven zu diskutieren. Grundlegend wichtig für stabile Perspektiven sind wechselseitige rechtliche Verankerungen zur Kooperation in den dafür einschlägigen Sozialgesetzbüchern, eine partielle Zusammenführung der Finanztopfe bei der Erbringung von gemeinsamen Leistungen, koordi-

nierte Konzepte der Qualitätssicherung und letztlich auch integrierte Berichterstattungen im Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereich.

Das alles heißt aber noch nicht, dass nun einer Kooperation zwischen den sozialen Diensten nichts mehr im Wege stünde. Umsetzung von Kooperation geschieht im Alltag. Und hier stehen mögliche Hürden, wie wechselseitige zu hohe Erwartungen, der je eigene Denk- und Arbeitsstil, der je eigene Sprachcode und eventuell auch Vorbehalte und eine mit ihnen verbundene fehlende Anerkennung.

Kooperationen zwischen den sozialen Diensten sollten sich als zielbezogene Arbeitsbündnisse verstehen. Sie sollten wiederum verschiedene Grundregeln beachten, wie z. B. gemeinsame Arbeitsplanungen, Ergebnissicherungen, eine Vermeidung von Verantwortungsdiffusionen oder die Kooperationsergebnisse regelmäßig in die eigene Einrichtung hineintragen. Wichtig erscheint mir ferner, das Arbeitsbündnis nicht mit Aufgaben zu überfrachten, sondern am besten gezielt mit einer Aufgabe zu beginnen. Dies kann die Arbeit an der Umsetzung der »großen Lösung« sein.

S. B. G.: Sie nennen explizit den § 35a SGB VIII die »große Lösung«. Können Sie dieses Stichwort für unsere LeserInnen ein wenig anschaulich machen?

H. G. H.: Sie wird in der Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht zur Sprache gebracht. Vorrangig zuständig ist die Kinder- und Jugendhilfe für solche Kinder und Jugendlichen, die seelisch behindert oder von einer seelischen Behinderung bedroht sind. Für Kinder und Jugendliche mit einer körperlichen und geistigen Behinderung liegt die vorrangige Leistungszuständigkeit noch bei der Sozialhilfe. Nun zeigt sich praktisch, dass eine eindeutige Zuordnung nicht möglich ist. Vielmehr vermischen sich im gelebten Alltag die verschiedenen Beeinträchtigungen. So findet die »große

Lösung«, nämlich alle Kinder und Jugendlichen unter dem Dach der Kinder- und Jugendhilfe zu fördern, zunehmend mehr Unterstützung, auch auf sozialministerieller Ebene. Erwähnenswert erscheint mir, dass an eine Umsetzung der »großen Lösung« erhebliche finanzielle und personelle Konsequenzen geknüpft sind. Spannend ist hier ja die Frage: Was ist der Bezugsrahmen für die Förderung der Kinder und Jugendlichen? Wenn alle Kinder und Jugendlichen in erster Linie Kinder und Jugendliche sind und erst in zweiter Linie der spezifische Förderbedarf in den Blick kommt, dann kann ich mir als Bezugsrahmen nur die jeweilige Lebenslage vorstellen.

Übrigens hat die »große Lösung« international ihre Einbettung in der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung durch die Vereinten Nationen vom Dezember 2006. In Deutschland ist die UN-Konvention Ende März 2009 in Kraft getreten. Inzwischen sind die verschiedenen Bundesländer dabei, die mit der inklusiven Idee verbundene ungeschmälerte Teilhabe aller Kinder und Jugendlichen schulisch umzusetzen. Hier scheint mir Bremen Vorreiter in der Umsetzung zu sein. Wieweit bei der schulischen Inklusion daran gedacht wird, Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitshilfe und auch die Behindertenhilfe systematisch mit einzubinden, kann ich nicht beurteilen.

S.B.G.: In ihren Ausführungen sprechen Sie auch von der Weiterentwicklung des Jugendamtes als zentrale Koordinierungsstelle für Hilfen. Wie müssen wir uns denn eine solche »zentrale Koordinierungsstelle« vorstellen, und wie müsste sie inhaltlich wie strukturell ausgestattet sein?

H.G.H.: Für eine erfolgreiche gesundheitsbezogene Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Behindertenhilfe und Gesundheitshilfe sowie Schule ist ein gemeinsamer Bezugsort vonnöten. Das ist das Gemeinwesen, denn in ihm leben die Kinder und Jugendlichen in der Regel mit ihren Familien, in ihm gestalten sie ihren Alltag. In meiner Sicht bietet es sich an, dass das Jugendamt Kooperationen der sozialen Dienste koordiniert, und zwar so, dass es die verschiedenen Leistungssysteme bündelt, um die für die Kinder und Jugendlichen passenden Hilfen anbieten zu können. Ein solches Leis-

tungssysteme bündelndes Jugendamt gibt es gegenwärtig noch nicht. Insofern haben meine Überlegungen hypothetischen Charakter. Ein neues Jugendamt, das Verantwortungsbereiche bündelt, benötigt Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die dann nicht nur im SGB VIII Bescheid wissen, sondern zumindest auch im Bereich der Behinderten- und Gesundheitshilfe fachliches Wissen aufweisen und umsetzen können.

Bedenkenswert finde ich in diesem Zusammenhang den Satz in der Stellungnahme der Bundesregierung (im Bericht S. 13, fett gedruckt übrigens): **Der junge Mensch muss im Mittelpunkt der verantwortlichen Teilsysteme stehen.** Für den inklusiven Ansatz kommt dem Satz eine entscheidende Bedeutung zu. Für das Jugendamt meiner Vorstellung würde dies heißen, den jungen Menschen auf der Basis seiner Lebenslage mit seinen je spezifischen Fähigkeiten und seiner Handlungsmächtigkeit zu fördern.

S.B.G.: Ich kenne Sie als Verfechter des Agency-Ansatzes. Dieser klingt in Ihrem letzten Satz an. Welche Rolle spielt der Agency-Ansatz im 13. Kinder- und Jugendbericht, und was bedeutet »Agency« überhaupt im Lichte von Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung?

H.G.H.: In der Tat ist der Agency-Ansatz ein zentraler gesundheitswissenschaftlicher Bezugspunkt im 13. Kinder- und Jugendbericht. Dies wird im grundlegenden Teil A des Berichts sehr deutlich. In aller Kürze: Um das eigene Leben als kohärent wahrzunehmen, ist es wichtig, sich als handlungsmächtig erleben zu können. Kinder und Jugendliche benötigen Lebensbedingungen, sich als wirkmächtig zu erfahren. Zu ihnen gehören eine altersgemäße Teilhabe und Partizipation. Sie sind gleichzeitig zentrale Bedingungen für Inklusion und auch Gesundheitsförderung. Soziale Benachteiligung und in der Folge gesundheitliche Ungleichheit erschweren in der Regel die Zugänge zu positiven Wirksamkeitserfahrungen. Hier hat die Gesundheitsarbeit der Kinder- und Jugendhilfe vorrangig anzusetzen, indem sie spezifische Ressourcen fördert, z.B. die Fähigkeit von Kindern und Jugendlichen, Unterstützung in Anspruch zu nehmen und die Bedeutung einzuschätzen.

Grundsätzlich möchte ich sagen, dass eine agency-zentrierte Kinder-

und Jugendhilfe der Leitidee, vielleicht besser noch der Zielvorstellung eines möglichst selbstbestimmt entscheidenden, handlungsfähigen Akteurs verbunden ist. Dieser ist dann in der Lage, eigene Ressourcen so einzusetzen, dass er ihm zusetzende Stressoren bewältigen kann, und das heißt dann auch, bei der eigenen Krankheitsbewältigung intensiv mitzuwirken.

S.B.G.: Was bedeuten Ihre Überlegungen nun für die Klinische Sozialarbeit?

H.G.H.: Für die Klinische Sozialarbeit sehe ich auf der Grundlage des 13. Kinder- und Jugendberichts eine Vielzahl von Anknüpfungspunkten, zumal Gesundheitsförderung ein zentraler Fachstandard für die Klinische Sozialarbeit ist. Bei spezifischen Zielgruppen denke ich an die große Gruppe der Kinder psychisch-, alkohol- und suchtkrankter Eltern, auch an die wachsende Zahl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher, wie die KIGGS-Studie von 2007 ermittelt hat. Ich denke aber auch an spezifische Mitwirkungsbereiche, vor allem in der Beratung, wie die Sucht- und Drogenhilfe Suchtmittel konsumierender werdender Mütter und an Schwangerenberatung im Kontext pränataler Diagnostik.

Theoriebezogene Mitwirkung ist sicher dringend erwünscht bei der Entwicklung der »großen Lösung« mit der Perspektive einer praktischen Umsetzung innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe. Eine tragende theoriebezogene Rolle für die Klinische Sozialarbeit sehe ich ferner in der Entwicklung umsetzungsfähiger, stabiler Konzepte von Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen und der Behindertenhilfe und eine praktische Rolle bei der praktischen Umsetzung von Kooperation, besonders an den Schnittstellen der sozialen Dienste. Hier könnte die Klinische Sozialarbeit eine tragende Rolle in der Koordination zwischen den sozialen Diensten spielen.

Literatur

BT-Drs. 16/12860 (Deutscher Bundestag, Drucksache vom 30.04.2009). *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht – und Stellungnahme der Bundesregierung.* Berlin: Deutscher Bundestag. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612860.pdf> [15.09.2009].

Kinder- und Jugendhilfe im Brennpunkt

Nachdenken über strukturell verursachte gesellschaftliche Folgekosten bei Jugendhilfeabbrüchen

Marc Schmid

Die Zahl der Abbrüche im Hilfesystem ist auf dem Hintergrund der traumatischen Lebensgeschichten und maladaptiven Bindungsvorerfahrungen der Kinder ein Dauerbrenner in der Jugendhilfe. Betroffene Kinder müssen – das gilt inzwischen als erwiesen – möglichst früh eine stabilisierende Beziehungserfahrung im Jugendhilfesystem erleben. Jeder weitere vermeidbare Beziehungsabbruch verstärkt die vorliegenden Problemlagen und Störungen. Nimmt man Ergebnisse von Schleiffer und Müller (2002) ernst, haben nur 2 von 72 Heimkindern ein sicheres Bindungsverhalten. Bindungsstörungen sind einerseits Folge von Beziehungsabbrüchen, erhöhen aber wiederum die Wahrscheinlichkeit weiterer Beziehungsabbrüche. Ein Teufelskreis einer Chronifizierung von Bindungsproblemen entsteht.

Dieses Phänomen führt jedoch nicht nur zu manifesten Folgen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, unsachgemäße Entscheidungen der Jugendhilfe verursachen auch hohe gesellschaftliche Folgekosten. Selbst unter Kostenaspekten ist es sinnvoll, möglichst früh eine ausreichend intensive Hilfe und Kooperation aufzubauen und gegebenenfalls auch einzuleiten, da die Kosteneffizienz der eingesetzten Hilfen bei jüngeren Kindern am höchsten ist und mit zunehmendem Entwicklungsalter sinkt (vgl. Ziegenhain & Fegert, 2009). Dieser Aspekt soll im Folgenden eingehender betrachtet werden.

Bindung und Jugendhilfe

Der Aspekt der Bindungskontinuität wird bei Platzierungsentscheidungen momentan noch in einem viel zu geringen Maße berücksichtigt (vgl. Fremmer-Brommnik, 2000). Die erste stationäre Hilfe ist vorausschauend intensiv zu wählen, sodass ein gewisser »Puffer« eingeplant und die gesamte Hilfsmaßnahme nicht bei einer Verschlimmerung der Symptomatik oder dem Scheitern an Entwicklungsaufgaben (z.B. Regelbeschulung) sofort in Frage gestellt wird. Es wäre

deshalb wünschenswert, im Rahmen der Planung von Fremdplatzierungen bereits frühzeitig multiprofessionelle Netzwerke (Schule, Sonderpädagogik, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie) zu etablieren, die dann bei Bedarf niederschwellig in Anspruch genommen oder gegebenenfalls auch rasch aus dieser zusätzlichen Hilfeform entlassen werden können. Häufig benötigt man in Krisenphasen zu lange, um das notwendige Helfersystem zu etablieren, und die Situation ist dann bereits derart verfahren, dass sie nicht mehr den gewünschten Erfolg bringen kann (vgl. Kühn, 2009).

Der Fokus auf ambulante Hilfe oder der Leitspruch »ambulant vor stationär« ist, wenn die Indikation richtig gestellt wird und die Sicherheit sowie der pädagogische Bedarf der Kinder von ihrem Ursprungssystem mit ambulanten Hilfen langfristig ausreichend abgedeckt werden kann, sehr berechtigt und wünschenswert. Er fördert die Bindung zu den wichtigsten Bezugspersonen. Das Bestreben darf aber nicht dazu führen, dass Kinder und Jugendliche unnötig lange maladaptiven Erziehungsbedingungen ausgesetzt bleiben und mit nicht ausreichend intensiven Hilfen viel wertvolle Zeit und Energie vergeudet wird. Psychische Störungen und Teilhabebeeinträchtigungen manifestieren sich dann in diesem Zeitintervall immer weiter, und durch nicht ausreichend intensiv geplante Hilfen entstehen weitere Beziehungsabbrüche (vgl. Schleiffer & Gahleitner, i. Dr.).

Die Förderung der Bindungskontinuität, am besten zu den »ausreichend guten« leiblichen Eltern oder aber zu einer alternativen professionellen stabilen Bezugsperson (z.B. Pflegeeltern, Kinderdorfmutter), und falls dies nicht indiziert ist, zu einem bindungskompetenten pädagogischen Team in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung, muss das zentrale Ziel jeder Jugendhilfeplanung sein. Insbesondere die wiederholte Reinszenierung von Beziehungsabbrüchen aus der Ursprungsfamilie im Rahmen des Jugendhilfesystems sollte durch eine gute mittel-

bis langfristige Hilfeplanung weitestmöglich vermieden oder zumindest als Phänomen verstanden und gegebenenfalls bearbeitet werden. Dazu gehört auch ein fachlich qualifiziertes Ab- und Auswägen der »neuen« Bezugspersonen des Kindes zu den »ehemaligen« Bezugspersonen – jeweils im Sinne des Kindeswohls (vgl. ebenda), sodass der Kontakt zu wertvollen Bezugspersonen auch nach Einleitung anderer Hilfeformen gehalten werden kann.

Die Indikation für eine stationäre Hilfe wird dagegen oft erst in oder nach der Pubertät gestellt, was bedeutet, dass die Fremdplatzierung in einer Entwicklungsphase erfolgt, in der die Heranwachsenden sich eher zu Gleichaltrigen hin orientieren. Mehrere Studien zeigen, dass die Zahl der Beziehungsabbrüche im Jugendhilfesystem, mit denen die Jugendlichen bereits in die aktuelle stationäre Jugendhilfemaßnahme kommen, erschreckend hoch ist. Im Schnitt erlebte fast die Hälfte der Bewohner mindestens eine Fremdplatzierung in Pflegefamilien oder Heimen vor der aktuellen Platzierung, ein Viertel sogar zwei oder mehr. Auch fünf oder mehr Fremdplatzierungen stellen leider keine Seltenheit dar (je nach Studie zwischen 3 und 6%; Jaritz et al., 2008; Polnay et al., 1997).

Jeder Verlust von Bezugspersonen und Abbruch von Hilfen wirkt sich schädlich auf die Bindungsfähigkeit eines Kindes aus und beeinflusst somit auch den Erfolg der aktuellen Maßnahme und zukünftiger Hilfen. Mehrere Studien zeigen, dass auch die Anzahl der vorher gewährten Hilfen den Erfolg der aktuellen Maßnahme beeinflussen (Macsenae & Knab, 2004). Umgekehrt zeigt sich, dass positive Beziehungserfahrungen in der Biografie (Zegers et al., 2006) den Erfolg von pädagogischen Maßnahmen beeinflussen. Zwischenzeitlich gibt es auch mehrere Untersuchungen, die zeigen, dass die Zahl der Fremdunterbringungen die Teilhabechancen und Lebensqualität sehr negativ beeinflusst (Aarons et al., 2010) und mit einem höheren Risiko für eine antisoziale Entwick-

lung mit schwereren Delikten einhergeht (Ryan & Testa, 2005).

Auf der Entscheidung zu Art und Intensität der gewährten Hilfe liegt großes Gewicht. Sie sollte nach klaren und möglichst auch evidenzbasierten Kriterien getroffen werden. Hierzu wäre es wichtig, eindeutige Indikationskriterien für die unterschiedlichen Hilfeformen zu haben und im Rahmen der Fremdunterbringungen bewusster zwischen Hilfen in Pflegefamilien und stationären Jugendhilfemaßnahmen differenzieren zu können. Im Übrigen greift es zu kurz, bei den Belastungen durch Beziehungsabbrüche allein die betroffenen Kinder zu betrachten. Die Professionellen, die sich emotional für ein Kind engagieren, werden durch Beziehungsabbrüche ebenfalls emotional sehr belastet und nicht selten auch in ihrem professionellen Selbstvertrauen erschüttert, insbesondere wenn die Hilfeform stark auf sie als Person und als Bindungsperson zugeschnitten ist, so wie dies bei Pflegeeltern und Kinderdormüttern bzw. -vätern der Fall ist.

Rehabilitationsauftrag der Jugendhilfe

Über ein Viertel aller stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten Kinder und Jugendlichen wird in den unterstützenden Rahmen einer stationären Jugendhilfemaßnahme entlassen (Martin, 2002; Beck & Warnke, 2009). Mit einer Verkürzung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungszeiten (Nübling et al., 2006) und den reduzierten Möglichkeiten, über eine längere Zeit milieuthérapeutisch mit Kindern und Jugendlichen arbeiten zu können, wird diese Zahl vermutlich zunehmen. Eine psychische Störung ist die Hauptursache für eine Berufsunfähigkeit und Frühberentung (Apfel & Riecher-Rössler, 2005; WHO, 2004) und der damit einhergehenden Armut und Abhängigkeit von staatlichen Unterstützungssystemen.

Seit Einführung des § 35a im KJHG ist die Jugendhilfe explizit für die Eingliederungshilfe bzw. Hilfe zur Teilhabe von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zuständig und fungiert deshalb seit Einführung des SGB IX als ein Rehabilitationsträger. Über den § 41 KJHG »Hilfe für junge Volljährige« können diese Hilfen auch über das 18. Lebensjahr hinaus

angeboten werden. Die Intention des Gesetzgebers bei Einführung des § 35a KJHG im Jahre 1991 war es, den interdisziplinären Dialog zu fördern und explizit ärztliche und pädagogische Kompetenzen bei den Planungen zur Eingliederungshilfe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zu vereinen. Interessanterweise erhalten die psychisch sehr belasteten Kinder in der Heimerziehung und auf Förderschulen für sozio-emotionale Entwicklung im Vergleich zu ihrer immensen Teilhabebeeinträchtigung sehr selten Hilfen nach § 35a. Lediglich ca. 12% der stationären Hilfen und ergänzenden Hilfen zur Sonderbeschulung wurden auf Grundlage dieser Rechtsform eingeleitet (Schmid & Fegert, 2006; Schmid et al., 2007), was darauf hindeutet, dass die Grundidee dieser Rechtsform eine interdisziplinäre Hilfeplanung bei den besonders stark belasteten Jugendlichen nicht systematisch genutzt wird.

Erste Studien zeigen, dass sich durch eine effektivere Kooperation mit Institutionen der Jugendhilfe stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungstage von Heimjugendlichen reduzieren lassen (Besier et al., 2009). Langfristig werden sich daher vermutlich auch Abbrüche von Jugendhilfemaßnahmen mit ihren negativen Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung durch solche kinder- und jugendpsychiatrischen Liaisonangebote verringern lassen, entsprechende Längsschnittstudien stehen diesbezüglich aber noch aus. Unbestritten ist jedoch, dass eine intensive Kooperation zwischen Psychiatrie, Schule und Jugendhilfe unabdingbar ist, um den Heranwachsenden eine Chance auf einen Arbeitsplatz auf einem immer anspruchsvoller werdenden Arbeitsmarkt zu sichern (vgl. Preuss-Lausitz, 2005; Rienas, 2008; Gahleitner et al., i. Dr.).

Neben den Entwicklungsaufgaben der Schule steht für viele Jugendliche, die nicht in ihre Familie zurückkehren können, auch der Weg in die Verselbstständigung an. Gerade diese Entwicklungsaufgabe muss aber gut vorbereitet und die Jugendlichen auf diesem Weg professionell begleitet werden, wofür das KJHG ausdrücklich auch Hilfen für junge Erwachsene (§ 41 KJHG) vorsieht. Leider werden diese Hilfen im Verhältnis zu den extremen Problemlagen, mit denen die Jugendlichen

Gefährdete Kindheit



Dieser Band beleuchtet aktuelle Problemlagen und die Risiko- und Schutzfaktoren von Kindern und Jugendlichen im Kontext von Armut, Erkrankungen, Flucht und anderen Traumata. Dargestellt werden die klinisch-sozialarbeiterischen Handlungsansätze und die vielfältigen Hilfen, die für Kinder und ihre Familien möglich sind.

Gahleitner, Hahn: Klinische Sozialarbeit Bd. 3 Gefährdete Kindheit. Risiko, Resilienz und Hilfen ISBN 978-3-86739-509-8, 260 Seiten, 29,95 Euro erscheint November 2010

www.psychiatrie-verlag.de Psychiatrie Verlag
www.balance-verlag.de

Offene Arme

Stress in der Schule, Liebeskummer und schließlich selbstverletzendes Verhalten sind für Jugendliche häufige Probleme. Zeitgemäß hat die Autorin diese Schwierigkeiten, die am Anfang ihrer eigenen Borderline-»Karriere« standen, zu einer Graphic Novel verarbeitet.



Melanie Gerland
Offene Arme
Graphic Novel
BALANCE
erfahrungen
128 S., 19,95 Euro
Hardcover
ISBN: 978-3-86739-059-0

»Das Buch wird sehr gut helfen können, Erwachsene und Jugendliche miteinander ins Gespräch zu bringen, betroffene junge Menschen aus der Isolation herauszuholen und die Schattierungen zwischen Schwarz und Weiß wieder mehr in den Vordergrund zu rücken. Ein Buch, das junge Menschen mit offenen Armen annehmen werden!« amazon.de

BALANCE buch + medien verlag

konfrontiert sind, vergleichsweise wenig genutzt. Das wäre aber sehr wichtig, da mehrere Untersuchungen zeigen, dass ehemalige Heimkinder in dieser Phase einen sehr hohen Unterstützungsbedarf haben und ein viel höheres Risiko für unerwünschte Schwangerschaften, Arbeits- und Wohnungslosigkeit, Überschuldung und Inhaftierungen aufweisen (Viner & Taylor, 2005; Richardson & Joughin, 2002).

Hierbei zeigt sich dann zunehmend ein Paradox unserer Gesellschaft: Heranwachsende lösen sich immer später von ihren Familien ab. Die sozialen Hilffsysteme verlangen aber von psychisch am stärksten belasteten und oft isolierten Jugendlichen immer früher, selbstständig zu werden. Viele Jugendliche mit Störungen der Persönlichkeitsentwicklung »landen« bei sehr geringer gesellschaftlicher Teilhabe dann wieder in ihren psychosozial hoch belasteten Familien (Johnson et al., 2004). Dies ist volkswirtschaftlich sehr kurzfristig gedacht, gibt es doch mehrere Studien, die zeigen, dass der Staat mit dem Einsatz von Jugendhilfemaßnahmen langfristig Geld einspart. Erste Hochrechnungen zum volkswirtschaftlichen Nutzen der Jugendhilfe liegen bereits vor (Roos, 2002; Zinkl et al., 2004). Zinkl und Kollegen (2004) berechneten z.B. auf Grundlage der Ergebnisse der Jugendhilfe-Effekte-Studie, dass für jeden in die Heimerziehung investierten Euro im Prinzip 2,32 € (Männer) bzw. 2,79 € (Frauen) im Bereich von Sozialleistungen, Aufwendungen der Krankenkassen und im Strafvollzug eingespart werden könnten.

Auch internationale Studien zeigen, dass die Kosten für die Kinder- und Jugendhilfe, die für psychisch und psychosozial schwer belastete Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Verhaltensstörungen eingesetzt werden, im Vergleich zu den gesellschaftlichen Folgekosten in einem sehr günstigen Verhältnis zu den möglichen Einsparpotenzialen stehen (Knapp et al., 2002; Scott et al., 2001). Es wäre daher eventuell an der Zeit, grundlegend umzudenken, nicht nur in der Finanz-, sondern auch in der Sozialpolitik. Kurzfristige »Gewinne« sind damit auch im Sozialbereich nicht nur unethisch, sondern sogar unwirtschaftlich, auch wenn es bereits ein trauriges Aushängeschild ist, auf diese Weise argumentieren zu müssen.

Literatur

- Aarons, G. A., James, S., Monn, A. R., Raghavan, R., Wells, R. S. & Leslie, L. K. (2010). Behavior problems and placement change in a national child welfare sample: a prospective study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(1), 70-80.
- Apfel, T. & Riecher-Rössler, A. (2005). Werden psychisch Kranke zu schnell in die Rente »abgeschoben«? Querschnitterhebung anhand von 101 psychiatrischen Gutachten für die Invalidenversicherung aus dem Jahr 2002 an der Psychiatrischen Poliklinik Basel. *Psychiatrische Praxis*, 32(4), 172-176.
- Beck, N. & Warnke, A. (2009). Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37(1), 57-67.
- Besier, T., Fegert, J. M. & Goldbeck, L. (2009). Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. *European Psychiatry*, 24(7), 483-489.
- Fremmer-Bombik, E. (2003). Frühe Bindungsstörungen und der Gang durch die Institutionen. In H. Scheuerer-Englisch, G. Suess & W.-K. Pfeiffer (Hrsg.), *Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. Eine Veröffentlichung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.* (S. 175-192). Gießen: Psychosozial Verlag. (edition psychosozial.)
- Gahleitner, S. B., Schwarz, M. & du Bois, R. (i.Dr.). Interdisziplinäre Zusammenarbeit und neue Versorgungsformen: Chance und Herausforderung in komplexen Jugendhilfefällen. In S. B. Gahleitner, K. Fröhlich-Gildhoff, M. Schwarz & F. Wetzorke (Hrsg.), *»Ich seh' etwas, was du nicht siehst...« Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jaritz, C., Wiesinger, D. & Schmid, M. (2008). Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. *Trauma & Gewalt*, 2(4), 266-277.
- Johnson, J. G., Chen, H. & Cohen, P. (2004). Personality disorder traits during adolescence and relationships with family members during the transition to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 923-932.
- Knapp, M., McCrone, P., Fombonne, E., Beecham, J. & Westover, G. (2002). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 3: Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 180(1), 19-23.
- Kühn, M. (2009). »Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!« Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 23-35). Weinheim: Juventa. (Juventa Paperback.)
- Macsaenaere, M. & Knab, E. (2004). *Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS). Eine Einführung*. Freiburg: Lambertus.
- Martin, M. (2002). Fremdunterbringung. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 536-544). Stuttgart: Thieme.
- Nübling, R., Reisch, M. & Raymann, T. (2006). Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal*, 6(3), 247-257.
- Polnay, L., Glaser, A. W. & Dewhurst, T. (1997). Children in residential care; what cost? *Archives of Disease in Childhood*, 77(5), 394-395.
- Preuss-Lausitz, U. (2005). *Verhaltensauffällige Kinder integrieren. Zur Förderung der emotionalen und sozialen Entwicklung*. Weinheim: Beltz. (Beltz Sonderpädagogik.)
- Richardson, J. & Joughin, C. (2002). *The mental health needs of looked after children*. London: Gaskell.
- Rienas, S. (2008) Umgang mit traumatisierten Kindern in der »Förderschule für soziale und emotionale Entwicklung«. *EREV Schriftenreihe*, 18(3), 80-93.
- Roos, K. (2002). *Kosten-Nutzen-Analyse von Jugendhilfemaßnahmen*. Seckach: Kinder- und Jugenddorf Klinge Seckach. Verfügbar unter: http://www.klinge-seckach.de/download/kosten_nutzen_analyse.pdf [13.07.2007].
- Ryan, J. P. & Testa, M. F. (2005). Child maltreatment and juvenile delinquency: Investigating the role of placement and placement instability. *Children and Youth Services Review*, 27(3), 227-249.
- Schleiffer, R. & Gahleitner, S. B. (i.Dr.). Schwierige KlientInnen oder schwierige HelferInnen? – Konsequenzen desorganisierter Bindungsmuster für die psychosoziale Arbeit. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag. (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. 3.)
- Schleiffer, R. & Müller, S. (2002). Die Bindungsrepräsentation von Jugendlichen in Heimerziehung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51(10), 747-765.
- Schmid, M. & Fegert, J. M. (2006). Viel Lärm um nichts – Wie gebräuchlich ist die Wiedereingliederungshilfe nach §35a SGB-VIII in der stationären Jugendhilfe? *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*, 1(1), 30-35.
- Schmid, M., Wiesinger, D., Lang, B., Jaszkwicz, K. & Fegert, J. M. (2007). Brauchen wir eine Traumapädagogik? – Ein Plädoyer für die Entwicklung und Evaluation von traumapädagogischen Handlungskonzepten in der stationären Jugendhilfe. *Kontext*, 38(4), 333-357.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J. & Moughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: Follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323(7306), 191.
- Viner, R. M. & Taylor, B. (2005). Adult health and social outcomes of children who have been in public care: population-based study. *Pediatrics*, 115(4), 894-899.
- World Health Organization (WHO). (2004). *International Classification of Functioning*. Genf: World Health Organization.
- Zegers, M. A., Schuengel, C., Ijzendoorn, M. H. van & Janssens, J. M. (2006) Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: predicting the development of therapeutic relationships. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 325-34.
- Ziegenhain, U. & Fegert, J. M. (2009). Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung für eine verbesserte Prävention im Kinderschutz. *Frühförderung interdisziplinär. Zeitschrift für Frühe Hilfen und frühe Förderung benachteiligter, entwicklungsuffälliger und behinderter Kinder*, 28(2), 71-81.
- Zinkl, K., Roos, K. & Macsaenaere, M. (2004). Effizienz: Bedarfsorientierung durch Kostenoptimierung? *neue caritas. Politik – Praxis – Forschung*, 6(1), 4-6.

»Weil das auch immer so unsicher war« Versorgung aus der Sicht von AdressatInnen

Kristin Ehmer

Junge Menschen, die Ader (2004) zufolge Versorgungssysteme häufig an die Grenzen ihrer Strukturen und Handlungskonzepte bringen, sind zumeist geprägt von belastenden Lebensereignissen und defizitären Bindungserfahrungen. Man kann diese Betrachtungsweise daher umdrehen: Für junge Menschen, die unter multiplen Exklusionsphänomenen und biografisch bedingten Problemlagen zu leiden haben, sind wir offenbar nicht in der Lage, adäquate Hilfen zu entwickeln. Diese Perspektive wirft eine Menge unbeantworteter Fragen auf:

- Nehmen Jugendliche diesen Versorgungsnotstand überhaupt wahr?
- Wie erleben Jugendliche selbst die Hilfeprozesse und -verläufe innerhalb der Systeme?
- Welche Faktoren begünstigen und/oder begrenzen das subjektive Erleben von Wirkung und Erfolg durch professionelle Praxis?

Insbesondere an der Schnittstelle Jugend und Gesundheit, also z.B. zwischen den beiden Systemen Kinder-/Jugendpsychiatrie und stationäre Jugendhilfe, wird im Fachdiskurs ein großer »Treatment-gap« beklagt. Im Rahmen meiner Abschlussarbeit befragte ich Jugendliche, die sich in ihrem Hilfeprozess mehrfach zwischen den Institutionen Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und stationärer Jugendhilfe andererseits hin- und herbewegten. Mich interessierte dabei in erster Linie die subjektive Perspektive der AdressatInnen. An einem Interview mit der inzwischen 21-jährigen Rebekka* soll im folgenden Artikel ein Beispiel einer durchaus typischen »Jugendhilfekarriere« kurz skizziert werden.

Stolpersteine

Rebekka ist zum Zeitpunkt des Interviews 21 Jahre alt. Mit 16 Jahren erlebte sie ihren ersten Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik. Den folgenden Zeitraum von etwa einem Jahr verbrachte sie abwechselnd bei ihrer Mutter und in der Klinik und war dabei sechs weitere Male in der Klinik untergebracht. Nach einem weiteren Suizidversuch konnte sie sich dann auf Anraten der Professionellen für eine

andere Wohnform entscheiden und zog mit 17 Jahren in eine Therapeutische Wohngemeinschaft. Die Therapie, die sie zuvor stationär begonnen hatte, setzte sie dort fort. Innerhalb der Zeit in der Therapeutischen Wohngemeinschaft gab es ebenfalls noch einige Klinikaufenthalte. Rebekka schildert im Laufe des Interviews viele kooperative Sequenzen mit beiden Hilfesystemen, wo sie partizipativ in die Prozesse einbezogen wurde und sie aktiv mitgestaltete: »Es wurde immer gefragt, was mein Ziel ist, was mein Wunsch ist ... ich stand dort immer im Mittelpunkt«. Insgesamt zeichnet sie durchaus ein positives Bild der Unterstützung, die sie erfahren hat. Sie hat erlebt, dass Menschen Zutrauen und Hoffnung in sie gesetzt und die Mühe nicht gescheut haben, auch in krisenhaften Entwicklungen zu ihr zu halten.

Strukturen und Strukturbrüche innerhalb des Hilfesystems werden in den Erzählungen Rebekkas jedoch häufig negativ thematisiert. Besonders ausdrücklich erwähnt sie dabei die Rolle des Jugendamtes. Bereits bei der Suche nach einer Einrichtung teilte die zuständige Jugendamtsmitarbeiterin Rebekka mit, dass eine Unterbringung in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft zu kostenaufwendig sei. »Und sie meinten, nur wenn ich einen ganz guten Grund habe, dann kann ich mir noch andere Einrichtungen angucken«. Die Entscheidung, von zu Hause ausziehen, war für Rebekka jedoch verbunden mit großen Loyalitätskonflikten gegenüber ihrer Mutter: »Oh, das war, das war schwer, weil ich das letzte Kind war ... und ich habe mich immer um meine Mama gekümmert, einfach, wenn es der nicht gut ging, und die war auch krank, und das war alles so: »Nein, ich kann das nicht, und ich kann ihr das nicht antun.«

Schließlich gelang es Rebekka dennoch, sich von der Mutter zu lösen und in der therapeutischen Wohngemeinschaft aufgenommen und vom Jugendamt finanziert zu werden. Diese Entscheidung hat sie nicht bereut. Die Hospitalisierungstendenz, die von Rebekka bei Beginn ihres Hilfeverlaufs als »Drehtür« beschrieben wird, wurde so, zumindest für die Zeit in der Therapeutischen Wohngemeinschaft, »aufge-

den Fall unterbrochen«. Nach ca. zwei Jahren war jedoch erneut der Fortlauf der Hilfebewilligung unsicher: »Es war zwischenzeitlich sehr schwer dort, weil das Jugendamt gesagt hat, so ich muss jetzt raus«. Mit ihrem 18. Geburtstag wurde für Rebekka ein steigender Erwartungsdruck seitens des Jugendamts dann deutlich spürbar. Das Gefühl, dass sie »von der Gesellschaft nicht so akzeptiert« wird, spiegelte sich, so Rebekka, in den Reaktionen des Jugendamts wieder. So hat sie von einem Betreuer beim Jugendamt in Erinnerung, »dass er ... auch gar nicht verstanden hat, dass bei ... jungen Erwachsenen, die eine Beeinträchtigung haben, dass das halt nicht so geht mit diesem, halt so in die Welt Rauslassen und dem Verselbstständigen.«

Rebekka kennzeichnet das Hin und Her der Institutionen als sehr anstrengend. Auch die Hilfe innerhalb der TWG wurde von der Unsicherheit über den weiteren Verlauf beeinflusst: »weil das auch immer so unsicher war: darf ich noch ein halbes Jahr bleiben oder nicht, konnten wir nie einsteigen irgendwie.« Die Unbeständigkeit des Hilfeverlaufs setzte sich auch mit Wechsel aus der TWG in die Folgeeinrichtung fort. Hinsichtlich der Frage nach der Bewilligung dieser Hilfe waren mehrere Institutionen, das Jugendamt, der Sozialpsychiatrische Dienst und das Sozialamt, beteiligt. Alle Beteiligten vertraten ihrer Erzählung nach unterschiedliche Standpunkte. Schließlich zog Rebekka in eine Erwachsenen-Einrichtung mit einem weniger hohen Betreuungsaufwand: »Es war natürlich auch was ganz anderes, also es war keiner mehr dort im Haus gewesen, und ich wurde auf einmal mit Sie angesprochen und mit dem Nachnamen ... und ich hab mich sehr unwohl da gefühlt.« Eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik folgte. Kurze Zeit später unternahm Rebekka einen Suizidversuch. Nachdem mit dieser Einrichtung keine geeignete Lösung gefunden wurde, kam sie kurzzeitig in ein Krisenhaus, bis sie in der jetzigen Einrichtung aufgenommen wurde.

Rückblickend wünscht sich Rebekka, dass man sie konstruktiver und entschiedener in der jeweiligen Suche nach Unterstützung und angemessene

* Name und Lebensdaten geändert

ner Unterbringung hätte begleiten können. Sie fand es schade, »dass das Jugendamt nicht gesagt hat: Ja, und es muss sein.« Während ihrer »Jugendhelferkarriere« erlebt Rebekka eine Reihe von MitarbeiterInnen beim Jugendamt, die sie dann jeweils zu Beginn überhaupt nicht einschätzen konnten und jeweils auch unterschiedliche Meinungen und Arbeitsweisen vertraten. Die Entscheidungen den Hilfeverlauf betreffend waren daher sehr inkonsistent, und Rebekka wurde häufig vor Veränderungen gestellt. Als sich ihr beim Jugendamt wieder einmal eine neue Betreuerin vorstellte, war Rebekka »natürlich erst mal misstrauisch und dachte: »naja, die wird mir nicht helfen.« Manchmal bedeutete ein erneuter Wechsel für sie jedoch auch einen Vorteil, da ihr dann die Hilfsmaßnahme in der TWG »einfach so« weiter bewilligt wurde: »Und dann hatte ich zufällig wieder eine andere Betreuerin gekriegt, ... und die meinte: »Ja, okay, es wird ein Jahr finanziert.«

Schlussfolgerungen

Im Interview mit Rebekka erweisen sich strukturelle und interinstitutionelle Problematiken als entscheidende Stolpersteine für die Jugendlichen und ihre Entwicklung im Hilfenetz. Dass die gesetzlichen und fachlichen Forderungen nach einem ausschließlich adressatInnengerechten Hilfeplanungsprozess teils auch von den strukturellen und politischen Bedingungen gedrosselt werden, wird bei ihrem Hilfeverlauf deutlich sichtbar. Die z.T. lebenswichtige Dimension, Hilfen sinnvoll aufeinander abzustimmen und Übergänge sorgfältig zu planen und vorzubereiten, erlebt Rebekka ebenso deutlich, wie es sich in den Ergebnissen mehrerer Jugendhilfestudien in Zahlen zeigt (vgl. u.a. JULE-Studie, Kühn, 1998, S. 27). Vorzeitige oder plötzliche Beendigung der Maßnahme kann demnach zu schweren Rückfällen der Jugendlichen führen (Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin, 2009, S. 45).

Dass Hilfeentscheidungen zunehmend finanziellen Vorgaben mit dem Ziel der Kostendämpfung unterliegen (Wiesner, 1999, S. 89, vgl. auch Meybohm, 2005), ist also für Jugendliche unmittelbar selbst spürbar. Nicht selten jedoch ist das Vertrauen in die emotionale Verfügbarkeit von Erwachsenen ohnehin verletzt und das Wissen, neue Bindungen einzugehen und neu zu vertrauen, bereits eine enorme

Herausforderung und ein Risiko für erneute Enttäuschungen für die jungen Menschen (Stanulla, 2004, S. 6). In Anbetracht dieser Vulnerabilität fordert Fröhlich-Gildhoff (2007) von den professionellen BegleiterInnen in allen Begegnungen des Hilfeprozesses ein hohes Maß an Feinfühligkeit, Empathie und Akzeptanz (ebenda, S. 9). Diese Sensibilität müssten sich auch Netzwerke zu eigen machen.

Die Herausforderung aller Hilfesysteme besteht nach Hamberger (2008) darin, trotz verwaltungsmäßiger Aufgabenstellungen und Organisationsinteressen, die Besonderheiten der einzelnen jungen Menschen zu beachten (vgl. ebd., S. 347). Gerade Rebekkas Beispiel macht sichtbar, dass eine tatsächliche Garantie zur Partizipation trotz gesetzlicher Verankerungen von Beteiligungsrechten junger Menschen keineswegs immer vorhanden war. Nur dann jedoch, wenn junge Menschen spüren, dass ihre Meinung eine Rolle spielt und etwas bewirkt, können sie ein Selbstbewusstsein und eine Stärke entwickeln, die sie auf die Anforderungen des Lebens vorbereitet. Daraus ergibt sich die wichtige Verantwortung der Helfenden, die AdressatInnen über ihre Rechte zu informieren, ihnen eine Stimme zu geben und diese zu integrieren. Strukturelle Machtungleichheiten zwischen Hilfeempfangenden und Hilfe anbietenden müssen vermieden oder mindestens transparent gestaltet werden.

Kinder- und Jugendliche, die unter Abbrüchen und Diskontinuitäten leiden, brauchen nicht nur verlässliche Bindungspersonen im Familien- und HelferInnenumfeld, sondern auch verlässlich-strukturierende Hilfenetzwerke. Feste Einrichtungen, wie z. B. regelmäßige gemeinsame Fallanalysen bzw. Fallkonferenzen an festgelegten Orten, auf die sich alle involvierten Fachstellen einigen müssen, klare Strukturen, Beschreibungen und Methoden des Vorgehens vermitteln KlientInnen wie Professionellen Sicherheit und Halt. Die Entscheidung auf dem Übergang zum Erwachsenenalter hätte bei Rebekka in einem solchen Kontext viel zielsicherer getroffen werden können. Die gemeinsamen Aushandlungsprozesse erfordern zwar zunächst ein Mehr an Einsatz bzw. Arbeitskapazitäten, langfristig jedoch wird die Arbeit erheblich effektiver (Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin, 2009).

Dafür bedarf es jedoch auch der Bereitstellung angemessener finanzieller,

personeller und struktureller Ressourcen, die für die Herstellung einer angemessenen Versorgung nötig sind. Der Hilfeverlauf von Rebekka ist dagegen sichtbar und für sie spürbar von finanziellen Aspekten der Hilfestellung – beträchtlich weniger jedoch von inhaltlichen Gesichtspunkten – gesteuert. Die Stichworte Budgetierung und Effizienz gewinnen im Bereich der Jugendhilfe zunehmend an Gewicht. »Gut ist, was wenig kostet«. So wird die (vor allem finanzielle) Verantwortung zwischen den unterschiedlichen Institutionen, die der Sozialstaat zu bieten hat, hin und her delegiert. Das Ergebnis dieses Hergangs ist schließlich, dass die individuellen Bedürfnisse der AdressatInnen trotz gegenteiliger fachlicher Einschätzung zu kurz kommen. Aus einer angemessenen advokatorischen Interessenvertretung der AdressatInnen ergeben sich daher Forderungen an die sozialarbeiterische Praxis, sich von Strukturzwängen zu distanzieren und einen eigenen politischen Anspruch im Sinne einer menschengerechten Parteilichkeit zu definieren.

Literatur

- Ader, S. (2004). »Besonders schwierige« Kinder: Unverstanden und instrumentalisiert. In J. M. Fegert (Hrsg.), *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation* (S. 437-448). Weinheim und München: Juventa. (Handbuch.)
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2009). *KATA-TWG. Abschlussbericht der Katamnesestudie therapeutischer Wohngruppen in Berlin*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Klinische Sozialarbeit*, 3(4), 9-11.
- Hamberger, M. (2008). *Erziehungshilfekarrieren – belastete Lebensgeschichten und professionelle Weichenstellungen*. Frankfurt: IGFH-Eigenverlag.
- Kühn, A. D. (1998). »Viele Hilfen in Folge« – Jugendhelferkarrieren. In Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hrsg.), *Leistungen und Grenzen von Heimerziehung: Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Forschungsprojekt JULE* (S. 5-32). Stuttgart: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 170.)
- Meybohm, U. (2005). Die Situation der Berliner Jugendhilfe für psychisch beeinträchtigte Jugendliche und junge Erwachsene in therapeutischen Jugendwohngemeinschaften. In Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin* (S. 83-88). Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Stanulla, I. (2004). Trautes Heim? über den Vertrauensaufbau in der Heimerziehung. *Unsere Jugend*, 56(1), 3-13.
- Wiesner, R. (1999). Eine Steuerung von Normalität und Recht. Eine Darstellung am Entwurf des § 35a SGB VIII. In P. Becker & ? Koch (Hrsg.), *Was ist normal? Normalitätskonstruktionen in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie* (S. 83-92). Weinheim: Juventa.

Schnittstellenarbeit im Frühe-Hilfen-Projekt – das Familiennetzwerk Wandsbek

Juliane Tausch

Die Kinder- und Jugendhilfe nimmt eine zentrale Rolle in der Unterstützung von Familien mit Kindern bis zum Alter von drei Jahren ein. Bereits im Kontext von Schwangerschaft und Geburt sowie in der Säuglings- und Kleinkindphase suchen Eltern nach Orientierung in ihrer Erziehung oder haben Fragen dazu, wie Elternschaft gelingen kann. Möglicherweise brauchen sie konkrete Hilfe und Unterstützung. Das Aufwachen der bis zu 3-Jährigen steht aber zunächst im Fokus des Gesundheitswesens mit Hebammen, U-Untersuchungen, Kinderarzt, Mütterberatung und ggf. Krankengymnastik. Die pädagogische Komponente tritt durch den Besuch der Krippe hinzu. Somit gibt es viele Beteiligte, die fachbereichsspezifisch und mit unterschiedlichen Aufträgen an der bio-psycho-sozialen Versorgung dieser Familien beteiligt sind.

Diese Hilfen werden unter dem Begriff der »Frühen Hilfen« zusammengefasst. Der Auftrag der Frühen Hilfen »reicht von Elterninformation und Familienbildung, über intensivere Beratungs- und Unterstützungsangebote« (Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht, 2010, S. 3) bis hin zu in Einzelfällen begründeten Kontrollen des Erziehungsalltags. Eltern mit einem kleinen Kind bewegen sich zwischen sehr unterschiedlich organisierten Institutionen, die in der öffentlichen Wahrnehmung verschiedenen Bewertungen unterliegen. Der Zugang ist teilweise mit hohen Hürden verbunden. Ihre Inanspruchnahme verlangt von Eltern eine vielfältige Kompetenz, sich diese Ressourcen zu erschließen und sich an die Unterschiedlichkeiten der Leistungen anzupassen. Eltern leisten damit einen großen Anteil an Integration in alle für ihre Familie wichtigen Unterstützungsangebote. Sie überwinden Lücken, die durch die Leistungsträger (u. a. nach SGB V, SGB VIII, SGB IX) und deren Struktur entstehen, leisten »Übersetzungsarbeit«, filtern Hilfreiches von weniger Hilfreichem, passen sich in ihrem Tagesablauf an und bewältigen weite oder umständliche Wege.

Wenn dies jedoch nicht gelingt, gehen für Familien wichtige Ressourcen verloren. Notwendige – und eigentlich auch mögliche – Unterstützung bleibt dann ungenutzt. Die Angebote der Frühen Hilfen sind daher nur dann für Eltern und ihre kleinen Kinder gut nutzbar, wenn sie eng vernetzt sind und die Schnittstellenarbeit durch Professionelle übernommen wird. Dies ist nicht nur für die Zielgruppe der Frühen Hilfen eine wichtige Forderung des 13. Kinder- und Jugendberichtes (BT-Drs. 16/12860, 2009). Das Nationale Zentrum für Frühe Hilfen (NZFH) beschreibt diese deshalb als »vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, auf einander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen« (Wissenschaftlicher Beirat des NZFH, 2009).

Als konkretes Beispiel für »Vernetzung qua Konzept« sei im Folgenden das Projekt *Familiennetzwerk Wandsbek* in Hamburg vorgestellt, das im Rahmen der Sozialräumlichen Angebotsentwicklung finanziert wird und im Herbst 2010 seine Arbeit aufnimmt. Träger ist »Aladin – Ambulante Hilfen und Therapie e.V.«, ein freier Träger der ambulanten Jugendhilfe. Das *Familiennetzwerk Wandsbek* unterstützt Familien durch niedrigschwellige, alltagsnahe sowie leicht erreichbare Angebote und begleitet einzelne Familien individuell und passgenau bezogen auf ihre Lebenssituation, um auch schwer erreichbare KlientInnen in Nicht-HzE-Hilfen einzubinden. Die konkreten Angebote sind eine Krabbelgruppe, ein offener Frühstückstreff (gemeinsam mit der Mütterberatung), Babymassagelokurse, Informationsveranstaltungen, individuelle Einzelberatung und verbindliche Einzelfallhilfen, die auch Begleitung z. B. zu Ämtern und Hausbesuche beinhalten können. Der Zugang erfolgt sowohl durch die Eigeninitiative der Nutzer als auch vermittelt durch andere Einrichtungen oder das Eingangs- und Netzwerkmanagement des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD).

Durch die enge in Verträgen geregelte Kooperation mit der Müt-

terberatung des Gesundheitsamtes Wandsbek, dem Projekt Babylotsen der Stiftung SeeYou (mit Anbindung an das Kinderkrankenhaus Wilhelmstift und das Marienkrankenhaus), dem ASD Wandsbek und dem Spielhaus Königsreihe wird die Versäulung von Leistungen aus den Bereichen Jugendhilfe, Gesundheit und Familienförderung aufgehoben. Das *Familiennetzwerk Wandsbek* gestaltet aktiv Kooperationen über Fach-, Verwaltungs- und Finanzierungsbereiche hinweg. Ergänzend übernimmt das *Familiennetzwerk Wandsbek* die Aufgabe der Vernetzung von Angeboten aus den Bereichen Entwicklungsförderung (Motorik, Musik, Spiel), Suchthilfe, Gewaltprävention, Hilfe für psychisch kranke Eltern, medizinische Versorgung, Wohnen und Arbeit/Arbeitslosigkeit im Stadtteil. Ziel ist eine einfache und für die Nutzer vertrauensvollere Überleitung in passgenaue Angebote sowie kurze und unkomplizierte Wege im Sozialraum. Persönliche Kontakte sollen Brücken für Familien ermöglichen, damit diese nicht zwischen den Schnittstellen verloren gehen.

Auch auf fachlicher Ebene wird das Familiennetzwerk durch den Arbeitskreis »Frühe Hilfen Wandsbek« getragen. Er fördert persönliches Kennenlernen, Wissen um Berufsfelder und Angebote sowie fachlichen Austausch und Weiterbildung und verbindet alle interessierten Fachleute in der Region miteinander.

Literatur

- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (2010). *Stellungnahme. Frühe Hilfen*. Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. Verfügbar unter: http://www.dijuf.de/documents/Stellungnahme_SFK_1_Fruehe_Hilfen_v_18.03.2010.pdf [19.08.2010].
- BT-Drs. 16/12860 (Deutscher Bundestag, Drucksache vom 30.04.2009) (2009). *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht – und Stellungnahme der Bundesregierung*. Berlin: Deutscher Bundestag. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612860.pdf> [15.09.2009].
- Wissenschaftlicher Beirat des NZFH (2009). *Begriffsbestimmung »Frühe Hilfen«*. Köln: NZFH. Verfügbar unter: <http://www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/begriffsbestimmung> [19.08.2010].

Wer wir sind

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik e.V. (BAG) ist das Netzwerk für PädagogInnen in der Arbeit mit traumabelasteten Kindern. Ihre Mitglieder sind in allen pädagogischen Arbeitsfeldern tätig und kommen aus dem ganzen Bundesgebiet.

Vorstand

Erster Vorsitzender:

Dipl. Beh.Pädagoge Martin Kühn (SOS-Kinderdorf Worpswede, www.traumapaedagogik.de)

Stellvertretende Vorsitzende:

Dipl. Pädagogin Wilma Weiss (Zentrum für Traumapädagogik Hanau, www.welleev.de/trauma)

Stellvertretender Vorsitzende:

Dipl. Psychologe Jochen Strauß (Zentrum für lebenslanges Lernen TrabenTrarbach, www.zentrum-lebenslangeslernen.de)

Schatzmeister:

Dipl. Heilpädagogin Thomas Wahle (Margarete-Wehling-Stiftung Bielefeld)

Weitere Informationen

BAG Traumapädagogik e.V.i.Gr.

Email: info@bag-traumapaedagogik.de

Internet: www.bag-traumapaedagogik.de

Unsere Ziele

Die Entwicklung, Förderung und Forschung von bzw. zu Konzeptionen und Projekten in Erziehungs-, Bildungseinrichtungen, der Jugend- und Behindertenhilfe zu Themen der psychischen, physischen, sozialen und gesellschaftspolitischen Grundlagen und Folgen von Stressreaktionen bei Kindern und Jugendlichen auf traumatische Lebensereignisse und entsprechenden pädagogischen Begegnungen und Interventionsmöglichkeiten. Dazu gehören u.a.:

- Schaffung eines bundesweiten Netzwerks für pädagogische Fachkräfte aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern, die sich in der Entwicklung traumabezogener Konzepte und einer entsprechenden Methodik engagieren
- Entwicklung von fachlichen Standards für eine traumapädagogische Praxis in den verschiedenen pädagogischen Arbeitsfeldern (Jugend- und Behindertenhilfe, Bildung & Erziehung)
- Entwicklung v. fachlichen Standards für traumapädagogische Arbeit in (Intensiv) Wohngruppen
- Kooperation mit pädagogischen Lehr- und Forschungseinrichtungen, um traumapädagogisches Wissen in Ausbildung und Studium zu verankern
- Entwicklung fachlicher Standards für traumapädagogische Qualifizierungen in Fort- und Weiterbildungsangeboten
- Durchführung von Fachtagungen zur Weiterentwicklung der Traumapädagogik
- Entwicklung von notwendigen und verbindlichen Kooperationsstandards mit der Psychotherapie und Psychiatrie
- Kooperation mit (inter)nationalen Organisationen, die sich im psychotraumatologischen Kontext engagieren
- Öffentlichkeitsarbeit und Publikationen zu den Ergebnissen der Vereinsarbeit

Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit, M.A.

Beratung und Soziale Therapie

ALICE SALOMON



HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences



hochschule
coburg university
of applied
sciences

Berufsbegleitender Masterstudiengang in Klinischer Sozialarbeit

Start des 10. Kurses im Sommersemester 2011

Klinische Sozialarbeit ist beratende und behandelnde Sozialarbeit. Sie wird ambulant, teilstationär und stationär in vielen sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern erbracht, z.B. in Beratungsstellen, Vor- und Kernfeldern der Psychiatrie, in der Rehabilitation, in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und der Krankenhaussozialarbeit.

Das Masterprogramm ist seit Mai 2009 reakkreditiert und ermöglicht den Zugang zum Höheren Dienst sowie zur Promotion

Studieninhalte:

- Theorien, Interventions- und Forschungsmethoden und Evaluation
- psycho-soziale Diagnose und Beratung
- Soziale Therapie
- Krisenintervention
- Rehabilitation
- Case Management
- Qualitätssicherung

Weitere Informationen:

- Durchführung in 10 Blockveranstaltungen pro Jahr
- Expertise in Beratung und Behandlung, praxisorientierter Forschung und systemischen Management-Kompetenzen
- Intensive Begleitung und Betreuung bei der Erstellung der Masterarbeit
- International anerkannter Abschluss mit Promotionsmöglichkeit

Nähere Informationen finden Sie unter: www.hs-coburg.de und www.ash-berlin.eu
Weitere Informationen zur Klinischen Sozialarbeit: www.klinische-sozialarbeit.de