



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Soziale Arbeit

Diplomarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Diplom Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin

Sozialarbeit und Therapie - zwei vereinbare Disziplinen?

**Möglichkeiten, Grenzen und Probleme der Kooperation
von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen und Psychologen/Therapeuten im
Umgang mit problembelasteten, „schwierigen“ und psychisch kranken
Kindern und Jugendlichen.**

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2009-0267-9

Vorgelegt von:

Anne-Sophie Telch-Schottstädt

Tag der Einreichung:

14.07.09

1.Gutachter und Prüfer: Prof. Dr. Werner Freigang

2.Gutachter und Prüfer: Prof. Dr. Matthias Müller

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Theoretische Erklärungsansätze und Unterschiede der Disziplinen	
Soziale Arbeit und Therapie	4
1.1 Sozialarbeit/Sozialpädagogik.....	4
1.2 Psychotherapie	8
1.3 Sozialtherapie - ein Kooperationsansatz	13
2. Im Grenzbereich zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie -	
Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung und Therapie	15
2.1 Institutionelle Unterschiede der Systeme	15
2.1.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	15
2.1.2 Jugendhilfe im Hinblick auf Heimerziehung	21
2.1.2.1 Jugendhilfe	21
2.1.2.2 Heimeinrichtungen.....	22
2.2 Gemeinsame Zielgruppen der Institutionen	26
2.2.1 Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche	26
2.2.2 Psychisch kranke junge Menschen.....	28
2.2.3 „Schwierige“ Kinder und Jugendliche	30
2.2.3.1 Definition und Zuschreibung	30
2.2.3.2 Ursachen, Entstehungs- und Risikofaktoren.....	34
2.2.3.3 Risikofaktoren im Hilfesystem, die schwierige	
Fallverläufe verschärfen.....	36
2.2.3.4 Gelingende Jugendhilfe im Umgang mit schwierigen	
jungen Menschen	38

2.3 Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie.....	40
2.3.1 Notwendigkeit und Ziele der Kooperation.....	40
2.3.2 Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation.....	42
2.3.3 Überweisungsmuster zwischen den Systemen.....	43
2.3.4 Abschieben und Ausgrenzen von jungen Menschen als Ursache für institutionelle und problematische Jugendhilfekarrieren.....	46
2.3.5 Kooperationsformen zwischen den Systemen.....	48
2.3.6 Probleme und Grenzen innerhalb der Kooperation.....	49
2.3.7 Verbesserungsmöglichkeiten für eine effektive Kooperation.....	54
3. Therapeutische Heimeinrichtungen als eine Chance für „schwierige“ und psychisch kranke junge Menschen	59
3.1 Prävalenz psychischer Auffälligkeiten/Störungen von Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe	59
3.1.1 Heimkinder als Hochrisikopopulation	60
3.1.2 Therapie- und Behandlungsbedarf	61
3.1.3 Bedingungsfaktoren und Prävalenz psychischer Störungen.....	62
3.1.4 Bedeutung der Ergebnisse für die Jugendhilfe.....	65
3.2 Therapeutische Heimerziehung.....	67
3.2.1 Ziele und Zielgruppen therapeutischer Heimeinrichtungen.....	67
3.2.2 Voraussetzungen für erfolgreiche therapeutische Heimerziehung....	68
3.2.3 Therapie in der Heimerziehung.....	69
3.2.4 Therapeutische Ansätze und Angebote in Heimeinrichtungen	71
3.3 Strukturierung eines pädagogisch-therapeutischen Settings im Heim.....	72
3.3.1 Erziehung im therapeutischen Milieu	72
3.3.2 Redls Konzept des therapeutischen Milieus	75
3.3.3 Bettelheims Vorstellungen eines therapeutischen Milieus.....	77
4. Gestaltung der Zusammenarbeit von pädagogischen und psychologischen Fachkräften in therapeutischen Heimeinrichtungen	84
4.1 Gemeinsame Ziele und Ausgangspunkte der Fachkräfte	84
4.2 Voraussetzungen für eine gleichberechtigte Zusammenarbeit.....	85
4.3 Möglichkeiten und Formen der Zusammenarbeit	87

4.4 Probleme und Grenzen in der Zusammenarbeit.....	89
4.4.1 Therapeutisierung.....	89
4.4.1.1 Chancen der Therapeutisierung.....	90
4.4.1.2 Probleme der Therapeutisierung	92
4.4.2 Differenzierung, Spezialisierung, Hierarchien und Konkurrenz.....	94
4.4.3 Rolle und Funktion des Spezialisten in der Heimeinrichtung - Entwertung der pädagogischen Arbeit	95
5. Konzepte und Ansätze therapeutischer Heimeinrichtungen	98
5.1 Heimeinrichtungen mit einem psychologischen Fachdienst oder mit separat arbeitenden Psychologen/Psychotherapeuten im Team	98
5.1.1 Therapeutische Wohngruppe - Seeigel	98
5.1.2 Therapeutische Wohngruppe - Virginia.....	99
5.2 Therapeutisches Milieu - Therapie in den Alltag integriert	100
5.2.1 Therapeutische Wohngruppen Gemini.....	100
5.2.2 Therapeutisches Kleinsteim - Haus Kanapee.....	102
5.2.3 Therapeutische Wohngruppe - Confido-Initiativen	103
5.3 Kombination Fachdienst und therapeutisches Milieu	105
5.3.1 Therapeutische Wohngruppe - Der Pucken Hof e.V.....	105
5.3.2 Therapeutische Jugendhilfeeinrichtung - Haus Waltrud.....	106
5.4 Heilpädagogische Heimeinrichtungen mit therapeutischen Ansätzen	110
5.4.1 Heilpädagogische Wohngruppe im „Bodenhus“ Lietzow.....	110
5.4.2 Heilpädagogischer Bauernhof - „Brot und Salz“	111
6. Zusammenfassung und Schlussbemerkungen.....	115
Quellenverzeichnis	120
Eidesstattliche Erklärung.....	134

Einleitung

Psychisches Leiden in der Bevölkerung vermehrt sich zunehmend und auch Kinder und Jugendliche erkranken immer häufiger an psychischen Störungen. Dabei wird von einem zunehmenden Trend der Psychologisierung oder Therapeutisierung des Alltags und von Individuen gesprochen, bei dem soziale und gesellschaftliche Ursachen sowie Bedingungen zu wenig berücksichtigt werden. Ohne diese Gefahr untergraben zu wollen, ist festzuhalten, dass in vielen Gebieten und Städten zu wenig psychologische und therapeutische Unterstützung, insbesondere für junge Menschen, geboten wird. Trotz wachsender Zahl der Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten bestehen in einigen Bundesländern (so auch in Mecklenburg Vorpommern) und vor allem in ländlichen Regionen ausgeprägte Versorgungslücken. Am Beispiel Neubrandenburg wird dies besonders offensichtlich.

In meinen Praktika im Jugendamt und im Kinder- und Jugendnotdienst wurde ich häufig mit diesem Dilemma konfrontiert. Im Umgang mit „schwierigen“ und psychisch belasteten jungen Menschen stießen die Sozialpädagogen des Öfteren an ihre Grenzen. Die Notwendigkeit einer psychologischen Begleitung wurde ersichtlich, da die Kinder und Jugendlichen sich aufgrund ihrer problematischen Lebensgeschichten und Erfahrungen oftmals sehr verhaltensauffällig und psychisch „geprägt“ zeigten. Aber in der Praxis konnte eine ambulante Gesprächs- oder Psychotherapie oft nicht realisiert werden, da die wenigen Psychologen vor Ort völlig ausgelastet waren. Dann bestand nur die Möglichkeit einer Einweisung in die Jugendpsychiatrie oder der Inanspruchnahme einer Jugendpsychiaterin, die jedoch vorwiegend medikamentös behandelt. Auch dort war die Platzkapazität gelegentlich ausgeschöpft und der junge Mensch wurde dann auf eine Warteliste gesetzt und zwischenzeitlich in der Heimeinrichtung „aufbewahrt“. Klassische Heimerziehung stößt jedoch häufig, insbesondere im Umgang mit sehr verhaltensauffälligen oder psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, an ihre Grenzen, da es oftmals an Personal und entsprechenden finanziellen Möglichkeiten mangelt.

Ich begann zu überlegen, was belastete junge Menschen brauchen und wie man ihnen am besten helfen kann. So verfestigte sich mein Thema für diese Arbeit. Mit dem Hintergrund, dass oft sowohl pädagogische Begleitung und Erziehung als auch die Integration von therapeutischem Wissen und Methoden von Nöten sind, interessierte es mich, wie die zwei Disziplinen Sozialarbeit und Therapie miteinander vereinbar sind und welche Probleme dabei auftreten.

Die nachfolgende wissenschaftliche Arbeit soll daher durch folgende Fragestellung geleitet sein: „Welche Möglichkeiten, Grenzen und Probleme bestehen in der Kooperation von Sozial-

arbeitern/Sozialpädagogen und Therapeuten/Psychologen im Umgang mit problembelasteten, „schwierigen“ und psychisch kranken Kindern und Jugendlichen?“

Zum einen interessiert mich der Blick auf speziell dieses Klientel, welches bei den Fachkräften oftmals Hilflosigkeit und Überforderung auslöst und mit dem ich auch in meiner zukünftigen Berufspraxis weiterhin zusammen arbeiten werde. Zum anderen soll das Verhältnis zwischen den Disziplinen Sozialarbeit und Therapie im Hinblick auf eine funktionierende Kooperation betrachtet werden.

Zur Einführung in die Thematik wird dargestellt, was unter den Begrifflichkeiten Sozialarbeit und Therapie verstanden werden kann, wodurch sie sich jeweils auszeichnen und was sie leisten können. Im Hinblick darauf soll thematisiert werden, wo Überschneidungen auftreten und wie sich die Disziplinen letztendlich voneinander unterscheiden und abgrenzen. Zudem wird ein möglicher Kooperationsansatz beschrieben, der in der Sozialtherapie gründet.

Auf dieser theoretischen Basis setzt sich das zweite Kapitel mit dem Spannungsfeld zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie auseinander. Dabei wird beleuchtet mit welchen gemeinsamen Zielgruppen beide Systeme in Berührung geraten und welche Unterschiede zwischen den Institutionen bestehen. Weiterhin werden Risikofaktoren thematisiert, die dazu führen, dass Kinder und Jugendliche „schwierig“ oder psychisch krank werden. Letztendlich wird die Frage geklärt wie eine Kooperation der Professionen zwischen den Systemen aussehen kann, warum sie notwendig ist und welche Voraussetzungen dafür gegeben sein müssen. Nach Anführung existierender Überweisungsmuster und Kooperationsformen wird dargelegt, zu welchen Schwierigkeiten es in diesem Zusammenhang kommen kann und wo Änderungen erforderlich wären.

Das dritte Kapitel nimmt die therapeutische Heimerziehung in den Blick, welche die Chance bietet, Lebenswelt und Therapie miteinander zu verbinden. Notwendigkeit, Sinn und Ziele solcher Einrichtungen im Umgang mit schwierigen und psychisch kranken jungen Menschen sollen untersucht werden. Des Weiteren wird geprüft, was Therapie in Heimeinrichtungen bedeutet, welche therapeutischen Ansätze dabei existieren und wie sich ein pädagogisch-therapeutisches Setting im Heim herstellen lässt.

Der nächste Themenkomplex schildert, wie sich die Zusammenarbeit von pädagogischen und psychologischen Fachkräften innerhalb einer therapeutischen Einrichtung realisieren lässt, welche Voraussetzungen dafür geboten sein müssen und welche Möglichkeiten, Probleme und Grenzen dabei bestehen. In Bezug darauf wird insbesondere auf die Schwierigkeiten der Therapeutisierung, Spezialisierung, und Konkurrenz eingegangen.

Im letzten Kapitel werden ausgewählte therapeutische Konzeptionen von Heimeinrichtungen näher betrachtet und im Hinblick auf die Zusammenarbeit von Sozialarbeitern und Therapeuten und der Realisierung eines pädagogisch-therapeutischen Settings in der Praxis untersucht.

Meine Arbeit basiert demzufolge auf verschiedenen Ebenen. Während das erste Kapitel sich mit den Begrifflichkeiten Sozialarbeit und Therapie beschäftigt, wird im zweiten Kapitel die Kooperation der Professionen zwischen den Systemen der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie betrachtet. Im dritten und vierten Kapitel richtete sich der Fokus dann nur noch auf ein System, der therapeutischen Heimeinrichtung. Es wird beleuchtet, wie sich die Zusammenarbeit der pädagogischen und therapeutischen Fachkräfte innerhalb einer Einrichtung gestalten kann. Das letzte Kapitel untermauert die theoretischen Erkenntnisse der Betrachtung allgemeiner therapeutischer Heimeinrichtungen, indem hier explizit therapeutische Konzeptionen dargestellt und kommentiert werden.

Zur Vereinfachung und besseren Lesbarkeit beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen in dieser Diplomarbeit auf die männliche Form, beinhalten selbstverständlich jedoch gleichzeitig auch weibliche Personen.

Weiterhin werden verschiedene Berufsbezeichnungen verwendet, damit es während des Lesens nicht zu häufigen Wiederholungen und somit zu Ermüdungserscheinungen kommt. Wenn von pädagogischen Fachkräften die Rede ist, wird von Sozialarbeitern, Sozialpädagogen, Pädagogen und Erziehern, bei therapeutischen Fachkräften von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern gesprochen.

Auch die Bezeichnung der gewählten Zielgruppe wechselt zwischen jungen Menschen, Kindern und Jugendlichen. Gemeint sind alle jungen Menschen zwischen 0 und 21 Jahren, wobei in Einzelfällen auch junge Volljährige einbezogen werden können.

1. Theoretische Erklärungsansätze und Unterschiede der Disziplinen Soziale Arbeit und Therapie

Soziale Arbeit und Therapie sind unterschiedliche Arbeitsfelder, die nebeneinander eigenständig und notwendig sind, die sich aber auch ergänzen können und müssen und im Berufsalltag ineinander übergreifen. Um der Frage nach einer effektiven Kooperation beider Professionen nachgehen zu können, werden im Folgenden die Begrifflichkeiten Sozialarbeit / Sozialpädagogik, Psychotherapie und Sozialtherapie definiert und erklärt. Dabei wird besonders auf die Eigenheiten und Unterschiede sozialpädagogischen und therapeutischen Handelns Bezug genommen.

1.1 Sozialarbeit/Sozialpädagogik

Begriffserklärung

Soziale Arbeit kann als Oberbegriff für sozialpädagogisches und sozialarbeiterisches Handeln verstanden werden (vgl. Schilling/Zeller 2007, S.137; vgl. Krefz/Mielenz 2008, S.776; vgl. Erler 1994, S.12). Weiterhin stellt sie eine direkt oder indirekt personenbezogene Dienstleistung dar, auf die Bürger nach dem Sozialgesetzbuch (Eltern, Kinder und Jugendliche konkret nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz) einen Anspruch haben (vgl. Rauschenbach/Züchner 2007; S.836; vgl. Schilling/Zeller 2007, S. 135).

Eine einschlägige Definition von Sozialer Arbeit ist nicht gegeben. Hompesch/Hompesch-Cornetz definierten Sozialpädagogik in den 70er Jahren als „die anlässlich von Krisen, Problemen und Auffälligkeiten von Individuen gesellschaftlich vorgesehene Intervention, die Maßnahmen der Hilfe, Erziehung und Kontrolle umfasst" (Hompesch/Hompesch-Cornetz 1978, S.25). Diese Begriffserklärung ist immer noch nachvollziehbar und zutreffend.

Ziele, Problem- und Aufgabenverständnis von Sozialer Arbeit

Soziale Arbeit soll Krisensituationen und Problemlagen von Menschen wahrnehmen und sie dazu befähigen, mit solchen kritischen und schwierigen Lebenssituationen umgehen zu lernen bzw. diese bewältigen zu können (vgl. Müller 2008, S.760; vgl. Erler 1994, S.31). Soziale Arbeit setzt also an den lebensweltlichen Bezügen von Menschen an, wobei vielschichtige soziale Problemlagen den Ausgangspunkt darstellen (vgl. Erler 1994, S.82f; vgl. Gildemeister/Robert 2001, S.1902). Das sozialpädagogische Problemverständnis bezieht sich dabei auf Situationen, soziale Prozesse und Probleme, das Lebensfeld und die Lebensbedingungen der Adressaten (vgl. Gildemeister/Robert 2001, S.1902).

Im Gegensatz zum therapeutischen Ansatz sehen Sozialpädagogen die Probleme nicht nur im Individuum und streben somit verstärkt eine Veränderung der sozialen und strukturellen Gegebenheiten an. Auffälliges Verhalten kann so zum Beispiel auch als Reaktion auf ungünstige Lebensbedingungen und Erfahrungen verstanden werden (vgl. Hompesch/Hompesch-Cornetz 1978, S.26). Um das Verhaltensrepertoire des Klienten zu erweitern und seine Bewältigungsformen der Realität zu bearbeiten, müssen belastende Lebensbedingungen dauerhaft verändert werden. Im Unterschied zum Therapeuten, begleitet der Sozialpädagoge den Klienten auf dem Weg des Lernprozesses und interveniert direkt in den schwierigen Situationen im Alltag (vgl. ebenda, S.32).

Zentrales Ziel Sozialer Arbeit ist, soziale Integration und Teilhabe zu fördern, gesellschaftliche und soziale Defizite auszugleichen und ein Leben in Würde zu ermöglichen (vgl. Kreft/Mielenz 2008, S.777; vgl. Erler 1994, S.31; vgl. Müller 2008, S.756). Insbesondere hinsichtlich der Realisierung ihrer Rechte und zur Aktivierung ihrer Stärken und Ressourcen, sollen Sozialpädagogen ihre Adressaten bestärken (vgl. Schilling/Zeller 2007, S.135). Das vorherrschende Prinzip lautet „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Erler 1994, S.91). Dabei sind die Sozialarbeiter angehalten, ihre Klienten zu beraten, zu bilden, zu erziehen, zu unterstützen, zu begleiten, zu betreuen und zu pflegen (vgl. Kreft/Mielenz 2008, S.777; vgl. Rauschenbach/Züchner 2007, S.836).

Soziale Arbeit soll Menschen zudem zu eigenständigen Entscheidungen, verantwortlichem Handeln, Bewältigung von Aufgaben und Anforderungen sowie zur Gestaltung ihres Lebens befähigen (vgl. Erler 1994, S.31). Aufgabe des Sozialpädagogen ist es, Schwierigkeiten aus dem Blickwinkel des Klienten zu betrachten, um so eine gemeinsame Problemdefinition erarbeiten zu können. Im Gegensatz zum therapeutischen Handeln setzt Soziale Arbeit nicht an Fehlverhalten und Defiziten, sondern an den Stärken des Klienten an (vgl. Dörr 1993, S.122). Sozialpädagogen erarbeiten weiterhin konstruktive Problem- und Konfliktlösungen mit dem Klienten, thematisieren Lern- und Verständnisdefizite und konzentrieren sich vorwiegend auf Interaktions- und Kommunikationsprobleme des Adressaten (vgl. Thiersch 1986, S.44f).

Weitere sozialpädagogische Ziele sind die Sozialisation und Erziehung von Kindern und Jugendlichen und die Hilfe im Alter, bei Krankheit und Behinderung (vgl. Müller 2008, S.758). Neben individueller Unterstützung und Förderung einzelner Menschen, engagiert sich Soziale Arbeit auch für die Verbesserung und Änderung der allgemeinen sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen sowie der wirtschaftlichen Situation, um somit Krankheit, Frustration und psychisches Leiden in der Bevölkerung abzubauen bzw. zu vermeiden. Dies wird auch als „Fall-“ und „Feldbezug“ bezeichnet (Rauschenbach/ Züchner 2007, S.836). Ferner versteht

sich Soziale Arbeit als "Erziehungs-, Bildungs- und Lerninstitution, die für Personen aller Altersstufen Lernangebote unterbreitet" (Schilling/Zeller 2007, S.136). Hiermit sind vor allem Prozesse des sozialen Lernens gemeint wie die Entwicklung von Handlungsstrategien- und Kompetenzen zur Bewältigung schwieriger Lebenslagen (vgl. Gildemeister/Robert 2001, S.1903).

Sozialpädagogisches Handeln

Sozialpädagogisches Handeln gestaltet sich zielgerichtet, zukunftsorientiert und strebt die Entfaltung der Möglichkeiten und Ressourcen des Klienten an. Dabei steht der Sozialarbeiter dem Klienten als Orientierungshilfe und Begleiter zur Verfügung (vgl. Körner 1999, S.782f). Thiersch versteht sozialpädagogisches Handeln als Alltagshandeln, bei dem der Sozialpädagoge den Klienten und dessen Schwierigkeiten in seinen sozialen Bezügen und in der Komplexität seiner Alltagsbedingungen und -erfahrungen wahrnimmt. Dieser Ansatz ist auch heute noch in der Praxis vorzufinden. Er ermöglicht es dem Sozialarbeiter, Schwierigkeiten, Problemverstrickungen, Erfahrungen, Interpretationen, Kommunikationsmuster, soziale Netze, Lösungsstrategien, Möglichkeiten und Ressourcen des Klienten dort aufzugreifen, wo sie im Alltag zu finden sind. Durch gemeinsame Erlebnisse und Aufgaben können Nähe, Vertrauen und Verlässlichkeit hergestellt werden. Dem Klienten soll außerdem zu einem funktionierenden Alltag verholfen werden (vgl. Thiersch 1986, S. 43f). Jedoch sind auch beim Ansatz der Alltagsorientierung eine institutionell gestützte Professionalität, methodisches und strukturiertes Handeln (welches analysiert, geplant und ausgewertet wird) und Reflexion notwendige Voraussetzungen, um ein professionelles Selbstbewusstsein im Handeln und Souveränität in der Kooperation mit Betroffenen, Fachkräften und Laien zu gewährleisten (vgl. Thiersch 1986, S.47f; vgl. Spiegel 2008, S.594).

Aufgrund dessen, dass Soziale Arbeit also in der Lebenswelt und dem Milieu des Klienten geleistet wird, ist es schwieriger als in der Therapie professionelles Handeln klar zu definieren, da keine konkrete Beziehungsdefinition zwischen Klienten und Sozialarbeiter vorliegt. So können die Grenzen zwischen Alltag und kompetenter Tätigkeit leichter verschwimmen und zu Krisen führen (vgl. Gildemeister/Robert 2001, S. 1906f). Spiegel konstatiert, dass sich sozialpädagogisches Handeln einerseits zielgerichtet, transparent und überprüfbar gestalten muss, auf wissenschaftliche sowie erfahrungsbezogene Wissensstände gründen und andererseits auch mit der Alltagskommunikation der Klienten vereinbar sein sollte (vgl. Spiegel 2008, S.595ff).

Methoden der Sozialarbeit/Sozialpädagogik

Methoden der Sozialen Arbeit sind zielgerichtete, prozessorientierte, situationsbezogene und systemisch strukturierte Handlungsformen, die Probleme und Krisen beschreiben, Ursachen und Begründungen finden, sozialpädagogische Diagnostik durchführbar machen, Ressourcen und Handlungsstrategien suchen sowie den Umgang mit sozialen Problemen ermöglichen sollen. Sie enthalten Aussagen über Ziele, Gegenstände und Mittel reflektierten Handelns und werden anhand des konkreten Problems, bzw. der jeweiligen Personen ausgewählt (vgl. Krauß 2008, S.589; vgl. Müller 2008, S.759). Ursprünglich ließen sich die Methoden Sozialer Arbeit klassisch in Einzelfallhilfe, soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit einteilen. Dieses Verständnis wurde aufgrund der Methodenkritik der 1970er Jahre erweitert und ausdifferenziert. Heute kann man zwischen direkt- interventionsbezogenen, indirekt- interventionsbezogenen und struktur- und organisationsbezogenen Methoden unterscheiden. Direkt interventionsbezogene Methoden lassen sich einteilen in:

1. *Einzelfall- und primärgruppenbezogene Methoden* (Einzelfallhilfe, Beratung, sozialpädagogische Diagnostik, Case-Management, Mediation, Familientherapie etc.) und in
2. *Gruppen- und sozialraumbezogene Methoden* (soziale Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit, Erlebnispädagogik, soziale Netzwerkarbeit, Streetwork usw.).

Zu den indirekt- interventionsbezogenen Methoden zählen Supervision und Selbstevaluation. Unter struktur- und organisationsbezogenen Konzepten werden Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und -entwicklung, Personalführung- und Entwicklung, Organisationsentwicklung, Sozialmanagement und Jugendhilfeplanung verstanden (vgl. Krauß 2008, S.589f; vgl. Rauschenbach/Züchner 2007, S.835).

Komplexer und ganzheitlicher Arbeitsansatz

Der Kompetenzbereich von Sozialer Arbeit ist nicht klar festgelegt, da Sozialarbeiter für sämtliche Bedarfslagen ihrer Klienten zuständig sind und sich in dem Dilemma des doppelten Mandats befinden. Das bedeutet, dass Sozialarbeiter einerseits dem Auftrag zur Hilfe verpflichtet sind (was Bildung, soziales Lernen, soziale Integration, offene Angebote etc. einschließt) und demgegenüber dem Handlungsauftrag der Kontrolle unterliegen, um somit abweichendes Verhalten zu korrigieren bzw. zu verhindern. So müssen Sie in der Jugendhilfe z.B. der Wächteraufgabe über das Kindeswohl nachkommen, wobei es auch zu einer erzwungenen Kontaktaufnahme mit den Adressaten kommen kann. Dieses Dilemma birgt einige Probleme und Ambivalenzen in sich (vgl. Krauß 2008, S.590; vgl. Gildemeister/Robert 2001, S.1903ff).

Zudem kann Soziale Arbeit noch nicht als eigenständige, anerkannte, wissenschaftliche Disziplin begriffen werden (vgl. Rauschenbach/Züchner 2007, S.835). Aufgrund der großen Bandbreite in Erscheinungsform und Zuständigkeit verfolgt Soziale Arbeit den Anspruch andere Hilfeformen für sich einzuspannen oder sich selbst zu qualifizieren und zu spezialisieren. Zwar verfügen Sozialpädagogen über komplexes Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen unterschiedlicher Wissenschaften, sind jedoch keine Spezialisten in den einzelnen Arbeitsbereichen. Im Gegensatz zu anderen Professionen berücksichtigt Soziale Arbeit alle sozialen, wirtschaftlichen und psychologischen Faktoren, die sich auf das Leben eines Individuums auswirken. Der Sozialpädagoge muss also neben individuellen zum Beispiel auch biologische, psychologische, soziologische und juristische Elemente in seine Arbeit integrieren und seine Bedarfdeckungsmittel dementsprechend gestalten. Außerdem muss Soziale Arbeit mit einer Vielzahl wechselseitiger Abhängigkeiten und Entwicklungen zurechtkommen und entsprechend darauf reagieren (vgl. Erler 1994, S.31).

Soziale Arbeit zeichnet sich insgesamt also durch einen ganzheitlichen Betrachtungsansatz der Lebensumstände von Menschen aus. Dieser Ansatz ist auch für die Wahl der Methoden und Interventionen in der sozialpädagogischen Arbeit entscheidend und erforderlich (vgl. ebenda, S.83).

1.2 Psychotherapie

Definition

Unterschiedliche psychologische Verfahren zur gezielten und professionellen Behandlung psychischer und psychosomatischer Auffälligkeiten, Beschwerden und Störungen im Verhalten, Denken und Erleben von Menschen werden insgesamt als Psychotherapie benannt (vgl. Lemcke/Zaudig 2006, S.608; vgl. Adam-Lauer 2008, S.690). Diese lässt sich folgendermaßen definieren: „Psychotherapie [bezeichnet] die Anwendung geplanter und strukturierter psychologischer Behandlungsverfahren zur Heilung oder Linderung ... krankhaft erlebter Störungen im Bereich der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen oder der Körperfunktionen, sofern diese Störungen vom Patienten nicht willentlich steuerbar sind und aus Sicht des therapeutischen Experten auf seelische Krisen oder auf krankhaft veränderte seelische Strukturen zurückgeführt werden können ..." (Redaktion Schule und Lernen 2002, S.320). Matzat verwendet in seiner Definition nicht den Begriff der Behandlung und verzichtet auch darauf den Ursprung von Störungen zu benennen, ansonsten gleicht seine Definition der vorherigen: „Psychotherapie ist die Einflussnahme mittels psychologischer Verfahren, Methoden und Techniken auf krankhafte Verhaltensweisen, Erlebenszustände und Körper-

funktionen, die beim Betroffenen Leidensdruck entstehen lassen und von ihm wie auch vom Therapeuten als behandlungsbedürftige Störung angesehen werden" (Matzat 2007, S.740).

Demnach stellt Therapie einen kommunikativen und psychosozialen Problemlösungsprozess dar, der eine Erfahrungs- und Erlebenserweiterung ermöglicht und Hilfen für Interaktions- Kommunikations- Verhaltens- und Beziehungsprobleme anbietet (vgl. Lemcke/Zaudig 2006, S. 608).

Nach dem medizinischen Verständnis versteht sich Therapie als Prozess der Behandlung und Heilung einer Krankheit, Persönlichkeitsstörung oder Fehlentwicklung. Dies setzt eine Diagnose voraus und verfolgt das Ziel, durch therapeutische Aktivität Gesundheit wiederherzustellen, indem Krankheit entstehende oder fördernde Merkmale entfernt werden (vgl. Simon 1995).

Der Begriff Heilung kann in Hinsicht auf Therapie als gezieltes und kommunikatives Handeln mit Hilfe psychologischer Mittel gedeutet werden (vgl. Gildemeister/Robert 2001, S.1901; vgl. Lemcke/Zaudig 2006, S.607).

Problemverständnis und Ziele von Therapie

Therapiekonzepte messen besonders der Psyche, dem Verborgenen im Menschen, große Bedeutung zu. Mit Hilfe von Therapie können unterdrückte Bedürfnisse, verdrängte Konflikte, Schwierigkeiten im Kontext von Biografie und Lebensfeld sowie blockierende Erfahrungen der Vergangenheit aufgedeckt werden. Lebensschwierigkeiten werden dabei als Erscheinungsform von Bedürfnissen, Intentionen, Wünschen und Kränkungen verstanden. Therapeutisches Handeln kann somit zur Aufklärung und zum Verständnis von Lebensproblemen beitragen sowie zur Freisetzung innerer und einengender Zwänge führen und dem Klienten somit Entlastung ermöglichen. Verhaltensschwierigkeiten können in diesem Zusammenhang als Bewältigungsstrategien verstanden werden. Therapeutische Konzepte ermöglichen es außerdem, menschliches Verhalten zu beeinflussen und zu verändern und spezielle Hilfs- und Bewältigungsmöglichkeiten anzubieten, die im Alltag nicht zu realisieren sind (vgl. Thiersch 1986, S.109f).

Während sich sozialpädagogische Ansätze mehr auf äußere Umstände richten, konzentrieren sich therapeutische Prozesse auf das Individuum. Entscheidend sind das innere Erleben, Selbst- und Weltbild, Charakter, Identität und die personale Integration des Klienten. Die therapeutische Problemdefinition bezieht sich also auf das Leiden einer Person, welche im Mittelpunkt der Betrachtung steht. Ursachen für Probleme werden in ihr gesehen (vgl. Gildemeister/Robert 2001, S.1903). Psychotherapie konzentriert sich dementsprechend vorwiegend auf Verhaltensprobleme und Erfahrungen eines Menschen. Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen sollen erkannt und behandelt und mit Hilfe therapeutischer Verfahren die Veränderung des Verhaltens

und der Persönlichkeitsstruktur sowie die Erweiterung des Verhaltensrepertoires erreicht werden (vgl. Lemcke/Zaudig 2006, S.607f).

Gemeinsames Ziel therapeutischer Verfahren ist es, Menschen zu befähigen, sich ihrer Probleme und verdrängten Konflikte bewusst zu werden, mögliche Ursachen und Auslöser zu erkennen und Strategien der Bewältigung zu entwickeln. Somit soll psychisches Wohlbefinden wiederhergestellt, Belastungen bewältigt, Symptome beseitigt und Handlungskompetenzen, Autonomie und Eigenverantwortlichkeit erarbeitet werden (vgl. Adam-Lauer 2008, S.690; vgl. Redaktion Schule und Lernen 2002, S.320f; vgl. Lemcke/Zaudig 2006, S.607f).

Therapeutisches Handeln

Psychotherapeutisches Handeln basiert auf wissenschaftlich begründete und empirisch gesicherte Krankheits-, Heilungs- und Behandlungstheorien im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens und ist dementsprechend wissenschaftlich fundiert. Psychotherapie wird von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten ausgeübt. Gesetzliche Grundlage für die psychotherapeutische Versorgung bietet das Psychotherapeutengesetz (PsychThG). Psychotherapie kann also als eigenständiges medizinisches Fach- und Versorgungsgebiet begriffen werden (vgl. Lemcke/Zaudig 2006, S. 608; vgl. Matzat 2007, S.740).

Sie kann ambulant, stationär und teilstationär in Einzel-, Gruppen-, Paar- und Familientherapie erfolgen (vgl. Lemcke/Zaudig 2006, S.608). Während die stationäre und teilstationäre Behandlung immer in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen - psychosomatischen Klinik erbracht wird, kann die ambulante Therapie auch in einer Praxis, Beratungsstelle oder im häuslichen Milieu absolviert werden. Die ambulante Therapie ist die häufigste Behandlungsform, mit der viele psychische Probleme bearbeitet werden können. Sie kann bezüglich der Behandlungsdauer, der Rahmenbedingungen und der Intensität individuell und flexibel gestaltet werden (vgl. Fegert 2004, S.223).

Verfahren der Psychotherapie

Die Methoden der Psychotherapie sind durch unterschiedliche psychologische Theorien gekennzeichnet, denen ein jeweils anderes Verständnis von Menschenbildern und wissenschaftstheoretischen Grundannahmen vorliegt (vgl. Adam-Lauer 2008, S.690).

Psychotherapeutische Verfahren lassen sich einteilen in:

1. *psychoanalytische Therapien* (tiefenpsychologische Therapie, Psychoanalyse, individual-psychologische Therapievorgehen, analytische Psychotherapie etc.);

2. *humanistische Therapien* (klientenzentrierte Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Transaktionsanalyse, themenzentrierte Interaktion, Psychodrama usw.);
3. *Verhaltenstherapien, bzw. kognitiv-behaviorale Therapien* (Gegenkonditionierung, systemische Desensibilisierung, Konfrontationstherapie, Verhaltensmodifikation, soziales Kompetenztraining, Rollenspiele, kognitive Verhaltenstherapien usw.) und
4. *interpersonale/systemische Therapien* (interpersonale Psychotherapie, systemische Therapie, unterschiedliche Formen der Kommunikations- und Familientherapie etc.)
(vgl. Libal/Fegert 2004, S. 244; vgl. Adam-Lauer 2008, S.691ff).

Daneben existieren weitere Behandlungsformen wie:

1. *gruppentherapeutische Methoden* (Milieuthherapie, Familientherapie);
2. *spezielle Therapieverfahren* (Ergotherapie, Physiotherapie, Heilpädagogik);
3. *körperbezogene Verfahren* (Reittherapie, Tanztherapie);
4. *Entspannungsmethoden* (autogenes Training, Bewegungstherapien) und
5. *kreativ-gestalterische Verfahren* (Kunsttherapie, Musiktherapie, Beschäftigungs- oder Werktherapie).

Diese werden meist ärztlich verordnet und durch sogenannte „Heilhilfsberufe“ erbracht (vgl. Libal/Fegert 2004, S.245; vgl. Redaktion Schule und Lernen 2002, S.322).

In der psychotherapeutischen Praxis ist es oft effektiv, Methoden miteinander zu kombinieren „...um der spezifischen Problematik der jeweiligen Patienten möglichst gerecht zu werden und ein problembezogenes und störungsspezifisches Therapiekonzept für den Einzelfall zu entwickeln...“ (Libal/Fegert 2004, S.245).

Besondere Eigenschaften der Therapiesituation

Vorraussetzung für eine Therapie ist zum einen der freiwillige Entschluss des Patienten, sich behandeln zu lassen (aufgrund eines Leidenszustandes) und zum anderen eine bestehende Notwendigkeit zur Therapie (basierend auf einer Behandlungsbedürftigkeit, die auch vom Therapeuten bestätigt werden muss). Im Gegensatz zum Sozialpädagogen hat der Therapeut jedoch ein gewisses Wahlrecht in Bezug auf seine Patienten und kann diese auch ablehnen wenn zum Beispiel mangelnde Therapiemotivation beim Probanden vorherrscht oder die angebotene Therapieform im konkreten Fall nicht geeignet erscheint (vgl. Gildemeister/Robert 2001, S.1905; vgl. Redaktion Schule und Lernen 2002, S.320f).

Im Unterschied zum sozialpädagogischen Verständnis, bestimmt die Alltäglichkeit nicht die Struktur der therapeutischen Handlungsformen. Therapie findet meist in einem speziellen the-

therapeutischen Setting (abgeschirmter Raum, angenehme Atmosphäre), einem Schonraum statt, wo es möglich ist, die Komplexität des Alltages zu reduzieren und sich fern von den vielen Außeneinflüssen auf die sogenannte „Schlüsselprobleme“ zu konzentrieren. (vgl. Gildemeister/Robert 2001, S.1905). In dieser abgegrenzten intensiven therapeutischen Situation versuchen Therapeuten, ihre Patienten auf schwierige Lagen des Alltags vorzubereiten und neue Verhaltensstrategien zu erarbeiten, die später in der Realität erprobt werden können. Somit kann der Therapeut sein Handeln konkreter planen und strukturieren, muss sich nicht mit Alltagsproblemen auseinandersetzen und kann seinem Therapieziel (Behandlungserfolg) nachgehen. Eine Therapie ist zudem zeitlich begrenzt, wobei der Therapeut Dauer und Durchführung festlegt. Sie darf auf keinen Fall zur Abhängigkeit führen (vgl. Heitkamp 1984, S.178f).

Der Psychotherapeut sollte eine professionelle Grundeinstellung gegenüber seinem Patienten besitzen, die sich jedoch auch durch Echtheit, wohlwollende Akzeptanz, nicht wertendes Interesse und Empathie auszeichnet (vgl. Redaktion Schule und Lernen 2002, S.322). Zwischen Klient und Therapeut besteht in psychotherapeutischen Verfahren eine interpersonelle Beziehung und verbale Interaktion, auf deren Grundlage der Klient mit Hilfe des Therapeuten seine Probleme bearbeiten möchte (vgl. Adam-Lauer 2008, S.691).

Im Gegensatz zum Sozialpädagogen, handelt der Therapeut zieloffen und frei gegenüber institutionellen Erwartungen und Aufträgen und enthält sich eines absichtsvollen Einflusses gegenüber seinem Patienten. Weiterhin konzentriert er sich im Unterschied zum Sozialpädagogen oft (z. B. in der Psychoanalyse) auf die Vergangenheit des Klienten, versucht Herkunft und Entstehung von Schwierigkeiten ausfindig zu machen und dem Klienten zu helfen, bisher gewählte Handlungs- und Bewältigungsstrategien zu erkennen und zu neuen Orientierungen zu gelangen (vgl. Körner 1999, S.782f). So sucht der Psychoanalytiker in der therapeutischen Beziehung, die durch Übertragung und Objektverwendung gekennzeichnet ist, die Wirkungen der unbewältigten Vergangenheit des Klienten. Der Sozialpädagoge ergründet in der sozialpädagogischen Beziehung im Gegensatz dazu, Möglichkeiten und nicht genutzte Ressourcen des Klienten in der Gegenwart, um so nicht Verwirklichtes zu erkennen und positiv zu verändern (vgl. ebenda, S. 805).

Bedeutung für die Soziale Arbeit

Systemische,- verhaltens- und gesprächstherapeutische Arbeit erweist sich auch in der Sozialpädagogik zunehmend als sinnvoll, so zum Beispiel in der Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern und bei der Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens. Daher sind Kenntnisse über psychotherapeutische Vorgehensweisen auch für die Praxis der Sozialen Arbeit (insbe-

sondere in der Heimerziehung) notwendig und hilfreich geworden (vgl. Adam-Lauer 2008, S.693). Therapeutische Konzepte können die pädagogische Arbeit der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen in einer Heimeinrichtung ergänzen, indem sie Kindern und Jugendlichen mit negativen Verhaltensweisen oder psychischen Auffälligkeiten durch entsprechende therapeutische Interventionen helfen, sich im pädagogischen Alltag zu entfalten, zu entwickeln und zurecht zu finden (vgl. Heitkamp 1984, S.160). „Im Zusammenwirken mit pädagogischem Handeln hat Therapie unterstützende, subsidiäre Funktion und ist für die Erziehung in dem Maße hilfreich, wie sie diesen Kompetenzrahmen nicht überschreitet" (ebenda, S.160).

1.3 Sozialtherapie - ein Kooperationsansatz

Begriffsverständnis und wesentliche Merkmale

Als Sozialtherapie wird der Ansatz der Kooperation zwischen Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Psychotherapie verstanden. Solche Kooperationsformen treten z.B. in sozialen Beratungsstellen, therapeutisch orientierten Heimeinrichtungen und alltagsorientierten psychiatrischen Kliniken auf. Sozialtherapie kann in diesem Zusammenhang auch als Milieuthherapie oder Soziotherapie bezeichnet werden (vgl. Lippenmeier 2007, S.914; vgl. Ruppert 2007, S.467). Die Definition könnte folgendermaßen lauten: „Sozialtherapie ist ein psychosoziales Verfahren der gezielten Einflussnahme auf krankmachende Faktoren in sozialen Beziehungen und sozialen Umfeld von Klienten..." (Lippenmeier 2007, S.914).

Die grundlegende Auffassung dieser Therapien besteht folglich darin, dass psychische Probleme und Symptome nicht nur individuumszentriert, psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt werden können, sondern dass die Lebensumwelt miteinbezogen und auch Veränderungen der Lebensbedingungen angestrebt werden müssen. Dabei sind die Wechselwirkungen zwischen Individuum und Umwelt das entscheidende Kriterium, da Umweltfaktoren Einfluss auf das psychische Wohlbefinden eines Menschen besitzen (vgl. Ruppert 2007, S.467).

Milieuthherapie bezieht sich dementsprechend nicht mehr nur allein auf das Leiden eines Menschen und seine Persönlichkeit, sondern betrachtet ihn in seinen komplexen sozialen Zusammenhängen. Personen und Gegebenheiten der sozialen Umwelt (wie persönliche Beziehungen, Wohnverhältnisse, Arbeitssituation, sozioökonomische und räumliche Bedingungen etc.) werden mit einbezogen. In der Sozialtherapie wird also ein Zusammenhang zwischen vorgegebenen gesellschaftlichen Organisationsformen und persönlichen Problemen hergestellt, da diese Strukturen das soziale und psychische Wohlbefinden eines Menschen erheblich beeinflussen und auch einengen können. Durch die Berücksichtigung gesellschaftlicher Faktoren wird ver-

sucht, die Entstehung, Aufrechterhaltung und Verarbeitung psychischer Störungen nachvollziehen zu können.

Milieuthherapie lässt sich nur dann sinnvoll realisieren, wenn die Arbeitsbedingungen eine ganzheitliche Betrachtung der sozialen Lebensschwierigkeiten zulassen und therapeutische als auch sozialpädagogische Fachkräfte partnerschaftlich zusammenarbeiten. Dies bedeutet, dass der soziale Aspekt nicht mehr als weniger relevant eingestuft werden darf. Richter sieht zudem in sozialtherapeutischer Fort- und Weiterbildung eine wichtige Funktion für die Sozialarbeit (vgl. Richter 2008, S. 898ff).

Sozialtherapie kann letztendlich als interdisziplinäres Handlungskonzept verstanden werden, bei dem verschiedene Fachkräfte (Mediziner, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen; Erzieher, Juristen, Pflegepersonal etc.) miteinander kooperieren müssen, da es im Alltag zu Überschneidungen in den verschiedenen Berufsfeldern kommt. Somit werden unterschiedliche Interventionen aus allen Bereichen der psychosozialen Berufe angewandt (vgl. Redaktion Schule und Lernen 2002, S. 382; vgl. Lippenmeier 2007, S.914; vgl. Ruppert 2007, S.468).

Ziele von Sozialtherapie

Sozialtherapie möchte die sozialen Handlungskompetenzen der Adressaten durch Aktivierung der Eigenkräfte und Förderung der Selbsthilfeinitiativen erweitern (vgl. Lippenmeier 2007, S.914; vgl. Richter 2008, S.900). Das psychische Wohlbefinden des Klienten soll stabilisiert und wiederhergestellt werden, indem zwischenmenschliche Beziehungen, Umweltfaktoren und die Lebenswelt des Klienten verändert und verbessert werden (vgl. Ruppert 2007, S.468; vgl. Redaktion Schule und Lernen 2002, S.382). Dazu müssen auch Bezugspersonen der Adressaten in die Arbeit einbezogen werden. Innerhalb der Sozialtherapie ist es oft auch wichtig, die berufliche Situation des Klienten zu fördern, in Form von Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder beruflicher Rehabilitation (vgl. Ruppert 2007, S.468f). Die sozialtherapeutische Versorgung von Rand- und Risikogruppen der Gesellschaft stellt einen weiteren Schwerpunkt in der Sozialtherapie dar, weil besonders in der Unterschicht Versorgungsdefizite vorherrschen. Mit Hilfe von Sozialtherapie soll vielfach diskriminierenden sozialen Abgrenzungen zwischen Klient und Gesellschaft entgegen gewirkt und die Vernetzung und Kooperation der einzelnen Professionen gestärkt werden (vgl. Richter 2008, S.901).

2. Im Grenzbereich zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung und Therapie

Zwischen, dem im vorherigen Kapitel dargestellten, pädagogischen und therapeutischen Handeln, kann nicht immer eine klare Abgrenzung getroffen werden, da sich die verschiedenen Handlungsfelder fortschreitend gegenseitig annähern und überschneiden. Zwar besitzen die Disziplinen einen unterschiedlichen Blick auf soziale Wirklichkeit, jedoch arbeiten beide im Spannungsfeld sozialer Beziehungen (vgl. Schiedeck 1985, S.191ff/S.211).

In diesem Zusammenhang geraten auch immer mehr junge Menschen in ihrem Leben, aufgrund erheblicher Belastungen, sowohl mit Sozialer Arbeit, als auch mit Psychotherapie in Kontakt. Sie pendeln zwischen den Hilfesystemen und werden in Heimeinrichtungen und der Jugendpsychiatrie untergebracht. Um welche Kinder und Jugendliche handelt es sich aber, wenn man von „Grenzfällen“ spricht, welche Bedeutung erhält die Kooperation der Professionen in diesem Zusammenhang und welche Schwierigkeiten treten dabei auf?

2.1 Institutionelle Unterschiede der Systeme

Im Folgenden soll dargestellt werden, was die Einrichtungen der Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe auszeichnet und worin sie sich unterscheiden.

Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie besitzen unterschiedliche historische Wurzeln und haben sich unabhängig voneinander entwickelt. Somit bestehen vielfältige Unterschiede zwischen beiden Systemen in Geschichte, Theoriebildung, Sichtweisen, Methoden, Organisationsformen, Finanzierung etc. (vgl. Blumenberg 1999, S.868).

2.1.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Merkmale und Aufgaben der Institution

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine eigenständige medizinische Fachdisziplin, die sich in Praxis, Lehre und Forschung mit der Erkennung, Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen sowie psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen beschäftigt. Solche Auffälligkeiten basieren meist auf einer Entwicklungsverzögerung, psychischen Erkrankung oder Fehlentwicklung (vgl. Trost 2002, S.84; vgl. Braun-Scharn 2005, S.401; vgl. Klees/Witte 2006, S.211; vgl. Gintzel/Schone 1989, S.21). „Die Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie bemüht sich, Fehlentwicklungen im psychischen Werdepzess des Kindes zu erforschen, Auswirkungen des sozialen Rau-

mes, in dem das Kind lebt, zu erfassen und ... die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter zu fördern und/oder wiederherzustellen" (Klosinski 2001, S.1446).

Die Jugendpsychiatrie ist in diesem Zusammenhang dafür verantwortlich, eine psychiatrische Diagnose vorzunehmen, Ursachen für Verhalten und Erleben des Klienten aufzudecken, Symptome zu reduzieren, Schutz vor krankheitsbedingtem Verlust der Selbststeuerung zu gewähren und einen Ort/Rahmen zu bieten, der einen therapeutischen Prozess ermöglicht (vgl. Schepker 2008, Material 4, Folie 84). Dabei hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit verschiedenen Störungsbildern zu tun (z.B. emotionale oder neurotische Störungen, Entwicklungsverzögerungen etc.), die altersgebunden, vorübergehend oder konstant auftreten können (vgl. Braunscharn 2005, S.401).

Die Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehören zum medizinischen Versorgungssystem (auf Grundlage des SGB V) und werden aus Beiträgen zur Krankenversicherung finanziert (vgl. Späth 2004, S.501). Jedoch basiert die Psychiatrie nicht mehr allein auf einem medizinischen Verständnis, sondern betrachtet Entstehung und Verlauf psychischer Krankheiten ganzheitlich und psychosozial (vgl. Schwarzer/Trost 2002, S.11). „Im Zusammenwirken biologischer und psychosozialer Faktoren und deren Auswirkungen auf das psychopathologische Erscheinungsbild liegt das Wesen der Psychiatrie" (Möller 2005, S.1).

Behandlungs- und Betrachtungsansatz der multiprofessionellen Fachkräfte

Da psychische Erkrankungen meist mehrere Ursachen und Entstehungsfaktoren aufweisen, ist ein multidimensionaler, interdisziplinärer und integrativer Behandlungsansatz erforderlich. Dieser zeichnet sich neben medizinischen auch durch psychotherapeutische, sozialtherapeutische und (Heil- und Sonder-) pädagogische Therapiemaßnahmen aus (vgl. Schwarzer/Trost 2002, S.11; vgl. Schmeck 2004, S.251f). Weiterhin bedeutsam ist die systemische und entwicklungspsychopathologische Betrachtungsweise, die psychische Erkrankungen von jungen Menschen im Zusammenhang mit ihrer emotionalen Entwicklung sieht (vgl. Junglas 2005, S.642; vgl. Schmeck 2004, S.254).

Für eine sinnvolle Abstimmung und Auswahl von Therapiemaßnahmen ist die intensive Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in einem multiprofessionellen, diagnostisch-therapeutischen Team unter einheitlicher Zielvorstellung erforderlich. Deshalb arbeiten in jugendpsychiatrischen Kliniken neben Kinder- und Jugendpsychiatern/Psychotherapeuten auch weitere Fachärzte, Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Musik- und Gestalttherapeuten, Sprach- und Logotherapeuten, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Krankenpflege-

personal etc. (vgl. Libal/Fegert 2004, S.232; vgl. Schmeck 2004, S.251ff; vgl. Brünger 2004, S.393; vgl. Junglas 2005, S.642; vgl. Remschmidt 2000, S.445).

Die unterschiedlichen Beobachtungen und Befunde der Fachkräfte werden im Bezug auf die Diagnostik zusammengeführt. Weiterhin wird mit Institutionen im Bildungsbereich, im Jugendhilfebereich, im Sozialhilfebereich, im Gesundheitsbereich und auch mit den Sorgeberechtigten und dem Kind selbst zusammengearbeitet. Entscheidend hierfür ist die gemeinsame Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII, die in intensiver Kooperation zwischen der Klinik und dem Jugendamt erfolgen sollte. Der Jugendliche und seine Eltern sind dabei aktiv zu beteiligen (vgl. Brünger 2004, S. 357; vgl. Pies 2004, S.432).

Behandlungsziele und Diagnostik

In Zusammenarbeit aller Berufsgruppen und nach Vereinbarung mit Patienten und Sorgeberechtigten wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach erfolgter Diagnostik ein Behandlungsplan entworfen, der einzelne Aufgaben auf die unterschiedlichen Fachkräfte aufteilt und den zeitlichen Ablauf der Therapien regelt (vgl. Junglas 2005, S.643; vgl. Remschmidt 2000, S.445). Bei den Therapiemaßnahmen wird sich am Entwicklungsstand der jungen Menschen, an den Ressourcen der Familie und dem sozialen Umfeld orientiert. Ziel ist nicht vorrangig Heilung oder Symptomfreiheit, sondern die Entwicklung von Problemlösungen, die Initiierung von heilenden Prozessen sowie die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Wahrnehmungs-, Erlebens- und Kontaktfähigkeit. Die Kompetenzen des jungen Menschen sollen gestärkt, Bewältigungsstrategien erlernt und psychische Probleme reduziert werden (vgl. Libal/Fegert 2004, S.228/S.236; vgl. Klosinski 2001, S.1446). Weiterhin verfolgt der Kinder- und jugendpsychiatrische Aufenthalt die Ziele der Resozialisation und Rehabilitation.

Dabei kommt der Gestaltung eines therapeutischen Milieus und der Einhaltung des Therapieplans eine entscheidende Rolle zu (vgl. Remschmidt 2000, S.454). Durch eine spezielle Behandlung soll eine spezifische Wirkung bzw. Veränderung beim Menschen ausgelöst werden. Somit gestalten sich psychotherapeutische und psychiatrische Interventionen meist überschaubar und zielgerichtet (vgl. Wolf 1998, S.53f).

Die Diagnostik von psychischen Störungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt durch das ICD- 10 als internationales Klassifikations- und Diagnosesystem der Krankheiten. Grundlegend dabei ist der Begriff "Störung", wobei zwischen normalem und gestörtem Verhalten eines jungen Menschen unterschieden wird. Die multiaxiale Diagnostik erfolgt anhand verschiedener Achsen, welche psychische Störungen, umschriebene Entwicklungsstörungen, Intelligenzniveau, körperliche Symptomatik/somatische Störungen, abnorme/akute psychosoziale

Lebensumstände/Belastungen und das psychosoziale Funktionsniveau erfassen (vgl. Goldbeck/Schulze/Fegert 2004, S.259f; vgl. Junglas 2005, S.643). Psychiatrische Diagnosen konzentrieren sich also auf Störungen und Beeinträchtigungen des jungen Menschen und bleiben auf diese und ihre Behandlung beschränkt. Der Betrachtungsansatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist demnach defizitorientiert (vgl. Franken 1998, S.106f).

Gründe und Notwendigkeit für eine Aufnahme in die Jugendpsychiatrie

Die stationäre Behandlung in einer Jugendpsychiatrie bedeutet für den jungen Menschen die Herauslösung aus seinem natürlichen Umfeld und ist deshalb möglichst kurz zu gestalten und sollte erst einsetzen, wenn Störungen vorliegen, die im Rahmen ambulanter Behandlungsformen nicht therapiert werden können oder durch solche bereits ausgeschöpft sind.

Eine Behandlung ist notwendig, wenn:

1. akute Selbst- und Fremdgefährdung (z.B. Suizidgefahr) vorliegt;
2. das Kind erheblich dissoziales Verhalten in seiner Umgebung zeigt und dort nicht verbleiben kann;
3. psychische Auffälligkeiten so stark ausgeprägt sind, dass fachärztliche Beobachtung und Diagnostik erforderlich werden;
4. lebensbedrohliche Erkrankungen vorliegen (z.B. Magersucht);
5. ausführliche und kontinuierliche Verhaltensbeobachtung und Diagnostik unerlässlich sind und
6. der Verbleib in der Familie für das Kind untragbar wäre (weil dies zu fortdauernden und zunehmenden Beeinträchtigungen in der Entwicklung führen würde oder Ursachen für psychische Störungen in Missbrauch und Vernachlässigung gründen könnten)

(vgl. Libal/Fegert 2004, S.234f).

Die Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt über die Einweisung eines Arztes. Die Klinik muss die Notwendigkeit der Aufnahme prüfen und dies gegenüber dem Kostenträger (Krankenkasse) begründen. Zwischen dem Sorgeberechtigten und der Klinik wird ein Vertrag abgeschlossen. Die Mitwirkung und das Einverständnis des jungen Menschen sind grundlegend für den Therapieerfolg. Darauf sollte hingearbeitet werden.

Oft bestehen jedoch massive Widerstände und Ängste des Kindes vor Stigmatisierung, Ausstoßung und Beziehungsabbrüchen. Außerdem ist dem Jugendlichen häufig die Notwendigkeit der Unterbringung nicht verständlich, da keine Krankheitseinsicht besteht. In akuten Fällen (z.B.

bei Suizidgefahr) kann eine Zwangseinweisung auf richterliche Anordnung erfolgen. Dazu müssen die Eltern einen Antrag beim Familiengericht stellen, welches gemäß § 1631b BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) entscheidet. Auch bei den Eltern herrschen Ängste, Versagens- und Schuldgefühle vor. Deshalb ist es wichtig sie in ihrer Rolle zu stärken und zu motivieren, damit sie ihrer elterlichen Verantwortung weiterhin nachkommen.

Die Entlassung des jungen Menschen sollte von allen Beteiligten (Ärzte, Jugendamt, Eltern, Jugendlicher) abgestimmt werden und erfolgt entweder ins Elternhaus oder in eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie entlässt den Jugendlichen ihrerseits wenn die diagnostischen und therapeutischen Ziele erreicht sind (vgl. Brünger 2004, S.356f; vgl. Libal/Fegert 2004, S.235f; vgl. Remschmidt 2000, S.435f; vgl. Klees/Witte 2006, S.216f).

Eigenschaften und Umfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Um eine erfolgreiche stationäre Behandlung zu gewährleisten ist ein therapeutisches Milieu (strukturierte Umgebung, emotionale Kontakte, Lernmöglichkeiten...) in der Klinik notwendig, sodass das Kind persönliche und soziale Fähigkeiten entwickeln, neue Erfahrungen sammeln und neue Situationen bewältigen kann (vgl. Libal/Fegert 2004, S.236).

Ein weiteres wesentliches Merkmal in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Herstellung einer äußeren Ordnung. Der Tages- und Wochenablauf (Alltag, Behandlung, Therapiestunden, Schule, Besprechungen, Freizeitangebote...) ist fest strukturiert und institutionell festgelegt. Junge Menschen sollen lernen sich in diesen Strukturen zurecht zu finden (vgl. Franken 1998, S.107; vgl. Remschmidt 2000, S.452ff). Stationskonzepte orientieren sich in ihrer Struktur am Alter oder am Störungsbild der Patienten und an der therapeutischen Ausrichtung der Klinik (verhaltenstherapeutische, familientherapeutische, tiefenpsychologische Konzepte). Die jungen Patienten können im Alltag Krankenpflege- und pädagogisches Personal als Ansprechpartner nutzen. Psychiater, Psychotherapeuten und Psychologen arbeiten in gezielt vereinbarten Einzel- und Gruppenterminen mit ihnen (vgl. Brünger 2004, S.358).

Beziehungen in der Klinik

Grundsätzlich ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Beziehungskontinuität nicht vorgesehen und auch nicht erwünscht. Psychiatrische, psychologische und therapeutische Fachkräfte sollen dem jungen Menschen in seiner Krise helfen. Dies soll jedoch nicht zur Fixierung auf einzelne Kontaktpersonen führen in der illusorischen Hoffnung des Kindes, in diesen ein stabiles Beziehungsangebot zu finden. Häufig führt dieses Dilemma dazu, dass Kinder und Jugendliche

Symptome aufrechterhalten, um weiterhin die vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten zu pflegen und die Sicherheit des Schonraumes in der Psychiatrie nicht zu verlieren.

Hier findet sich also ein grundlegender Unterschied zu Heimeinrichtungen, denn im Gegensatz zu diesen ist es nicht die Funktion der Psychiatrie für den jungen Menschen einen dauerhaften Lebensraum mit konstanten Beziehungen zu schaffen, sondern lediglich die auftretende Störung zu diagnostizieren und bestmöglich zu behandeln. Sicherlich ist auch dafür eine vertrauensvolle Basis notwendig, aber sie gestaltet sich eben nur zeitbegrenzt (vgl. Köttgen 1998, S.96f/S.236; vgl. Köttgen 2007, S.90). Ein stationärer Aufenthalt in der Jugendpsychiatrie sollte also nur zur akuten und mittelfristigen Krisenbehandlung dienen, um Hospitalisierung von Kindern zu vermeiden (vgl. ebenda 2007, S.229).

Schwierigkeiten in der Psychiatrie

Problematisch ist es, wenn Kinder und Jugendliche nicht über die Klinik und die damit verbundene Behandlung aufgeklärt werden. Sie besitzen ein Recht auf Kenntnis über Ziel und Zweck des Klinikaufenthaltes, Dauer und Art der Behandlung, Rechte und Pflichten als Patient im Stationsalltag und auf Informationen über Mitpatienten, Beschulung und Freizeitmöglichkeiten. Sie müssen also an der Gestaltung ihrer Lebenswelt beteiligt werden (siehe auch Grundgesetz, UN-Kinderrechtskonvention, Kinder- und Jugendhilfegesetz). Eine erfolgreiche Mitwirkung der jungen Menschen am Therapieprozess kann nur erlangt werden, wenn diese sich wohlfühlen, ihre Ängste abbauen können, ihre Erfahrungen, Wünsche und Erwartungen ernst genommen werden und sie sich nicht eingesperrt, unwissend, ausgeliefert und bestraft fühlen (vgl. Brünger 2004, S.359ff; vgl. Pies 2004, S.429).

Wie junge Menschen den Unterbringungsprozess und Hilfemaßnahmen subjektiv erleben, hat demnach entscheidende Bedeutung für den gesamten Hilfeverlauf. Jugendhilfeeinrichtungen werden von Kindern und Jugendlichen meist positiver erlebt und gesehen als die Kinder- und Jugendpsychiatrie, weil sie dort einen langfristigen Lebensort, mehr Freiraum und Freizeit und einen normalen Alltag geboten bekommen (vgl. Pies 2004, S.430f).

2.1.2 Jugendhilfe im Hinblick auf Heimerziehung

2.1.2.1 Jugendhilfe

Jugendhilfe soll junge Menschen und Familien durch Erziehungs- und Bildungsprozesse begleiten, unterstützen und fördern. Dazu bietet sie allgemeine Förderangebote (Freizeit-, Bildungs- und Beratungsangebote) und individuelle Hilfs- und Unterstützungsangebote in Belastungs-, Not- und Krisensituationen an (vgl. Schone 2004, S.29).

Gemäß § 1 Abs.3 SGB VIII soll Jugendhilfe junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern, Eltern bei der Erziehung unterstützen, Kinder vor Gefahren für ihr Wohl schützen und positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien schaffen. Jugendhilfe kommt also besonders dann zum Einsatz, wenn soziale Benachteiligungen oder individuelle Beeinträchtigungen vorliegen, die Hilfe zur Integration in die Gesellschaft erforderlich machen und wenn eine dem Kindeswohl entsprechende Erziehung nicht erfolgt. Weiterhin hilft sie Kindern und Jugendlichen Reifungs- und Entwicklungskrisen zu überwinden (vgl. ebenda, S.32). Ziel der Hilfe- und Kontrollinterventionen der Kinder- und Jugendhilfe laut § 1 Abs.1 SGB VIII ist die Ermöglichung, Unterstützung oder Wiederherstellung einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Lebensweise junger Menschen (vgl. Schrapper 2004, S.204).

Es werden sowohl die Lebenslagen und Stärken als auch die Schwächen eines jungen Menschen betrachtet. „Jugendhilfe nutzt den ganzheitlichen, lebensweltorientierten Blickwinkel, um insbesondere auch bei psychisch labilen oder schwierigen Kindern und Jugendlichen zu einer motivierenden Begleitung zu gelangen, die Fähigkeiten und Selbstvertrauen stärkt. Im Gegensatz zur Psychiatrie betrachtet Jugendhilfe den Jugendlichen also ressourcen- und lebensweltorientiert. Individuelle Alltagsaktivitäten der jungen Menschen prägen die Inhalte der kontinuierlichen Betreuung und Begleitung im Entwicklungsprozess. Dazu ist eine verlässliche, konstante und vertrauensvolle Beziehung unabdingbar. In diesem Setting soll es jungen Menschen ermöglicht werden, neue Erfahrungen zu sammeln und neue Bewältigungsstrategien zu erlernen (vgl. ebenda, S.109ff).

Jugendhilfe ist zudem eine sozialpädagogische und sozialstaatliche Dienstleistung und gewährt Sorgeberechtigten auf Antrag Hilfe zur Erziehung gemäß § 27 SGB VIII. Die sozialpädagogische Betreuung kann in unterschiedlichen, individuellen, ambulanten, teilstationären oder stationären Betreuungssettings erfolgen. Im Hilfeplanprozess gemäß § 36 SGB VIII findet eine fachliche Verständigung aller Beteiligten statt (vgl. Franken 1998, S.109). Die Aufgaben der

Jugendhilfe sind also im SGB VIII geregelt und werden aus allgemeinen Steueraufkommen finanziert (vgl. Späth 2004, S.501).

2.1.2.2 Heimeinrichtungen

Besonderheiten, Ziele und Aufgaben von Heimerziehung

Heimeinrichtungen sind sozialpädagogische Erziehungs- und Bildungseinrichtungen, die erzieherische Defizite ausgleichen, Sozialisationsaufgaben übernehmen sowie Kinder und Jugendliche befähigen sollen, sich in der Gesellschaft zurechtzufinden und zu einer selbstständigen, entscheidungsfähigen und integrierten Persönlichkeit zu entwickeln (vgl. Heitkamp 1984, S.12; vgl. Weinschenk 1987, S.26). Die Heimeinrichtung als soziales Erfahrungsfeld, versucht Jugendlichen neue Entwicklungs- und Lernprozesse, das Erlernen neuer Handlungskompetenzen und die Bewältigung von Alltag, Aufgaben und individuellen sowie sozialen Problemlagen zu ermöglichen (vgl. Winkler 1999, S.309; vgl. Peterson 1999, S.363/S.368). Heimerziehung kann folglich als spezifisches Hilfeeinrichtung und als soziale, personenbezogene Dienstleistung verstanden werden, die sozial, gesellschaftlich und individuell belasteten sowie benachteiligten jungen Menschen Unterstützung, Hilfe, Förderung und einen alternativen Lebensort anbietet (vgl. Schäfer 1999, S.532; vgl. Hamberger 1998, S.200/S.257).

Weiterhin wird sie als freiwilliges Leistungsangebot und stationäre Erziehungshilfe über Tag und Nacht gewährt, auf die Personensorgeberechtigte laut § 27 SGB VIII einen Rechtsanspruch haben. Die dort genannten Voraussetzungen müssen erfüllt und Heimerziehung gemäß § 34 SGB VIII als geeignete und notwendige Hilfe vom örtlichen Jugendamt (Kostenträger) gewährt werden (vgl. Post 2002, S.65/S.92; vgl. Günder 2007, S.41).

Stationäre Hilfen dienen in diesem Zusammenhang „als längerfristige Lebensform, als intensive therapeutische Hilfe und Aufarbeitung belastender Erfahrung, als die Bereitstellung stabiler Strukturen und eines schützenden Rahmens, als Krisenintervention und Situationsklärung und als gezielte Hilfe zur Unterstützung der Verselbstständigung des Menschen" (Hamberger 1998, S.237). Heimerziehung ist somit öffentliche und professionelle Erziehung und wird von pädagogischen Fachkräften erbracht (vgl. Thiersch 1999, S.436; vgl. Freigang 1986, S.32).

Des Weiteren versteht sich das Heim als Ort der primären Sozialisation, welches die Familie befristet ersetzen soll. Dazu muss es über Merkmale einer Primärgruppe verfügen. Jedoch ist das Heim eher ein institutionelles, künstliches und von Instabilität bedrohtes Lern- und Lebensfeld und in seiner Zusammensetzung deutlich instabiler als eine Familie. Die Heimgruppe stellt somit eher eine "Zwangsgemeinschaft" auf Zeit dar, die ihre Stabilität durch Rollenträger er-

hält. Kinder und Erzieher sind jederzeit austauschbar und ersetzbar. (vgl. Freigang/Wolf 2001, S.86f).

Pädagogische Arrangements zeichnen sich jedoch trotz dieser Problematik durch einen attraktiven Lebensort und vorfindbare Lernchancen aus, in denen intendierte Erziehung in alltägliche Lebenszusammenhänge eingebunden werden kann (vgl. Wolf 1998, S.57). In Bezug darauf sollen pädagogische Interventionen Anreize für Entwicklungen geben und in der alltäglichen Interaktion mit dem jungen Menschen zur Geltung kommen. Sie verlaufen im Gegensatz zu psychiatrischen Handlungsmustern oft komplexer, indirekter, diffuser, weniger überschaubar und zielgerichtet, da die Entwicklungsrichtung nicht festgelegt wird und Erfolge aus dem Wechselwirkungsprozess zwischen Pädagogen und Jugendlichen resultieren (vgl. ebenda, S.52f).

In Heimeinrichtungen sollen benachteiligte Kinder und Jugendliche nicht behandelt werden, sondern einen Lebensort geboten bekommen. Es geht also nicht zentral darum junge Menschen zu verändern oder zu therapieren, sondern sie in schwierigen Lebensphasen zu unterstützen und mit ihnen gemeinsam einen Weg zu finden, Selbstbewusstsein/Identität zu entwickeln und Zukunftsperspektiven zu erarbeiten (vgl. Münstermann 1990, S.129). Für das Kind soll ein Neubeginn ermöglicht werden. Dabei sollte sich nicht allein auf die Symptome, Auffälligkeiten, Probleme, Schwächen, Defizite oder Störungen konzentriert werden, sondern die Gesamtpersönlichkeit des jungen Menschen im Blickfeld bleiben. Insbesondere in der Anfangsphase ist es besonders wichtig, positive Bedingungen für einen Neubeginn zu ermöglichen, die problematische Vergangenheit in den Hintergrund zu rücken und dem Jugendlichen vorurteilsfrei zu begegnen (vgl. Günder 2007, S.134ff). „Vollkommene Annahme und Akzeptanz als Person stellt die wichtigste pädagogische Grundlage für spätere Verhaltensänderungen dar“ (ebenda, S.142).

Notwendige Bedingungen: angenehmer Lebensort und verlässliche Beziehungen

Dazu sind einerseits konstante Beziehungen notwendig, die die Grundlage für die pädagogische und therapeutische Arbeit darstellen und andererseits ein sozialpädagogisch arrangierter und gestalteter Lebensraum. Er soll: Versorgung, existenzielle und emotionale Sicherheit, Schutz, Sicherstellung von Grundbedürfnissen, Rückzug, Aneignungsmöglichkeiten, Integration und Partizipation, Entwicklungs- und Lernmöglichkeiten, verbindliche Orientierung, positive Erfahrungen, Selbstfindung und Entwicklung ermöglichen (vgl. Winkler 1999, S.312; vgl. Günder 2007, S.119ff; vgl. Peterson 1999, S.365ff).

Ein solch attraktives Lebensfeld kann jungen Menschen helfen, neue stabile und kooperative Beziehungen aufzubauen (die Belastungen aushalten), Selbstvertrauen und neue soziale Kompetenzen zu erlernen. Weiterhin kann ein positiver Lebensort fördernd, motivierend und entlas-

tend wirken und zur Verarbeitung problematischer Lebenserfahrungen, zur Aufarbeitung psychischer Schäden sowie zum Abbau schwieriger Verhaltensmuster führen (vgl. Freigang 1986, S.29f/S.39; vgl. Colla 1999, S.342; vgl. Peterson 1999, S.367). Dabei stellt der Alltag den Schnittpunkt von individueller Lebensbewältigung und sozialpädagogischem Handeln dar. „Der erfahrbare und erfahrene Alltag der Kinder und Jugendlichen soll sich durch eine 'arrangierbare Normalität' auszeichnen; und dies trotz und gerade aufgrund der ungekonnten, auffälligen, unangemessenen oder aggressiven Verhaltensmuster und Problemlösungsstrategien der Kinder und Jugendlichen" (Peterson 1999, S.368f).

Methodisches Handeln in der Heimerziehung gestaltet sich demzufolge lebensweltorientiert und setzt an den Ressourcen der jungen Menschen an. Günder formuliert: „Methoden in der stationären Jugendhilfe [sind] planmäßige, zielgerichtete und oftmals langfristige pädagogisch/therapeutische Interventionen, welche sich überprüfen lassen und Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen in ihrer Entwicklung fördern" (Günder 2007, S.185).

Ursachen und Formen von stationären Unterbringungen

Die Ursachen dafür, dass junge Menschen in Heimeinrichtungen leben, sind sehr vielfältig. Aus unterschiedlichen Gründen (z.B. Vernachlässigung, Gewalt, Suchtprobleme, problematisches Milieu etc.) können Kinder und Jugendliche vorübergehend oder auf längere Zeit nicht in ihrer Herkunftsfamilie verbleiben. In der Regel handelt es sich um junge Menschen, die aus sehr schwierigen Verhältnissen stammen. Sollte die Rückkehr in die Familie nicht realisierbar sein, verbleibt das Kind bis zur Verselbstständigung in der Heimerziehung. Im Gegensatz zur Psychiatrie dient die Heimeinrichtung also als langfristige Erziehungshilfe (vgl. ebenda, S.31/S.56).

Die Möglichkeiten der stationären Unterbringung sind heute vielfältig. Moderne Heimerziehung versucht, den Bedürfnissen der Klientel gerecht zu werden und orientiert sich möglichst lebensweltnah. Daher existieren unterschiedliche und spezialisierte Betreuungsarrangements und Konzepte. Heimerziehung gestaltet sich somit als differenziertes und individuelles Angebot, wobei z.B. zwischen Außenwohngruppen, Kleinstheimen, heilpädagogischen und therapeutischen Einrichtungen, Erziehungsstellen, Betreutem Wohnen und Lebensgemeinschaften unterschieden wird. Jede der Unterbringungsformen hat andere Eingangsvoraussetzungen, institutionelle Bedingungen und pädagogische Settings (vgl. Hamberger 1998, S.200; vgl. Günder 2007, S.77ff; vgl. Post 2002, S.92; vgl. Freigang/Wolf 2001; vgl. Blandow 2004, S.157).

Ziel der jeweiligen Jugendhilfeeinrichtung ist die Herstellung einer sozialpädagogischen und individuell geeigneten Betreuungsmöglichkeit für das Kind. Deshalb richtet sich auch der Hil-

feplan gemäß § 36 SGB VIII nach den Bedürfnissen und Fähigkeiten des jungen Menschen (vgl. Franken 1998, S.106). Der Jugendliche soll, genau wie seine Eltern, intensiv am Hilfeprozess beteiligt werden. Zwar haben die Eltern weiterhin das Personensorgerecht für ihr Kind, das Heim hat jedoch die Aufgabe, die Betreuung, Erziehung und Förderung zu gewährleisten. Die Zusammenarbeit mit den Eltern ist für den langfristigen Erfolg der Heimerziehung grundlegend, da diese trotz aller Schwierigkeiten enorme Bedeutung für den jungen Menschen aufweisen. Während des Hilfeverlaufes ist deshalb eine kommunikative und produktive Kooperation aller Beteiligten erforderlich (vgl. Post 2002, S.181; vgl. Günder 2007, S.53f; vgl. Freigang/Wolf 2001, S.79ff).

Fazit

Insgesamt zeichnen sich beide Institutionen durch unterschiedliche Sichtweisen, Ziele, Arbeitsansätze und -inhalte, institutionell-organisatorische Arrangements, Problemlösungsstrategien und einen unterschiedlichen Sprachgebrauch aus (vgl. Blandow 1990, S.16, vgl. Schmid-Nieraese 1998, S.208). Der Aufenthalt in der Jugendpsychiatrie dient in erster Linie der Diagnostik und Behandlung von spezifischen Störungen / Beeinträchtigungen / Behinderungen und gestaltet sich dementsprechend defizitorientiert (Konzentration auf die Störung) und ist zeitlich begrenzt. Heimeinrichtungen haben dem entgegen die gesamte Persönlichkeit des Jugendlichen im Blick, betrachten ihn in und aus seinem Lebensfeld und somit auch seine sozialen Bezüge und Erfahrungen. Jugendhilfeeinrichtungen arbeiten ganzheitlich, alltags- und ressourcenorientiert und bieten dem jungen Menschen einen dauerhaften Lebensraum, konstante Beziehungen und alltägliche Unterstützung. Sie diagnostizieren also nicht, sondern versuchen Lebenssituationen, Stärken und Schwächen von jungen Menschen zu beschreiben und beziehen dabei das Umfeld mit ein (vgl. Blandow 1990, S.11; vgl. Schmid-Nieraese 1998, S.208f).

Eine vollständige Abgrenzung von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie fällt jedoch zunehmend schwer. So bemühen sich Fachkräfte in der Psychiatrie ein pädagogisches Milieu herzustellen, während sich Sozialarbeiter in Heimeinrichtungen im pädagogischen Alltag vermehrt mit psychischen Krisen, seelischen Störungen/Behinderungen von jungen Menschen beschäftigen müssen (vgl. Du Bois/Ide-Schwarz 2001, S.1424). Im Folgenden soll deshalb dargestellt werden, mit welchen jungen Menschen beide Systeme in Berührung und an ihre Grenzen geraten.

2.2 Gemeinsame Zielgruppen der Institutionen

Gintzel und Schone stellten in einer Untersuchung bereits 1989 fest, dass Kinder und Jugendliche, die sich im Grenzbereich beider Systeme befinden, von komplexen und multifaktoriellen Problemlagen betroffen sind und sich die Aufnahmegründe nicht wesentlich voneinander unterscheiden (vgl. Gintzel/Schone 1989, S.97). Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie haben auch heute noch mit den gleichen Zielgruppen zu tun, wobei es immer häufiger zu Überschneidungen und Grenzsituationen kommt, d.h. junge Menschen mit beiden Systemen in Kontakt geraten (vgl. Fegert/Schraper 2004, S.17).

Vorweg soll darauf hingewiesen werden, dass im Folgenden zwar die Begriffe seelisch behindert, psychisch krank und schwierig/verhaltensgestört unterschieden werden, dass es sich dabei aber nicht um drei Personengruppen handelt. Ferner muss man eher zwischen zwei verschiedenen Perspektiven unterscheiden, zum einen dem medizinischen Modell und zum anderen dem alltagstheoretischen Ansatz. Das medizinische Modell teilt psychische Störungen und seelische Behinderung nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema nach ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation ein. Das heißt, Kinder und Jugendliche werden psychiatrisch betrachtet, anhand von Diagnosen. ICD-10 gibt somit eine Übersicht über alle Störungsgruppen, klammert jedoch soziale Bezüge aus. Damit besteht die Gefahr der Etikettierung, Stigmatisierung und Vereinfachung psychosozialer und sozialökonomischer Bedingungsbeziehungen. Beim alltagstheoretischen Modell werden junge Menschen jedoch von vornherein stigmatisiert und als schwierig, verhaltensgestört, auffällig etc. beschrieben. Dies beruht nicht auf Untersuchungen, Belegen und Diagnosen, sondern ist Ergebnis von Etikettierungs- und Zuschreibungsprozessen im Alltag. Seelisch behinderte Kinder befinden sich zwischen den diagnostizierten und zugeschriebenen Störungsbildern. Fachkräfte streiten sich heute noch darüber, ob eine seelische Behinderung wirklich definiert werden kann, oder ob nicht auch sie Ergebnis einer Zuschreibung ist und eher stigmatisierende Folgen für das Kind aufweist.

2.2.1 Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

Mit der Einführung des § 35a in das SGB VIII 1993, ist die Jugendhilfe auch für die Eingliederungshilfe für psychisch kranke Kinder zuständig. Der örtliche Träger der Jugendhilfe besitzt dabei nun die alleinige sachliche Zuständigkeit (vgl. Schmidt 2007, S.49; vgl. Post 2002, S.167). „Mit der Berücksichtigung seelisch behinderter Kinder und Jugendliche im KJHG beendete der Gesetzgeber den jahrzehntelang andauernden Streit, ob diese Minderjährigen durch Maßnahmen der Sozial- oder der Jugendhilfe gefördert werden sollen" (Günder 2007, S.47).

Für den Personenkreis der seelisch behinderten Kinder gelten die gleichen Regelungen wie für die Gewährung einer Hilfe zur Erziehung gemäß § 27 SGB VIII. Die Paragraphen 36 bis 40 im SGB VIII sind demnach gemeinsame Vorschriften (vgl. Post 2002, S.173/S.176).

Eine seelische Behinderung nach § 35a SGB VIII liegt nur dann vor, wenn die Abweichung des Zustands seelischer Gesundheit länger als sechs Monate anhält und damit eine soziale Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Teilhabe, Eingliederung in Schule, Gleichaltrigengruppe etc. vorliegt. Als seelisch behindert gelten chronisch kranke Kinder, Jugendliche die mehrmals lange Zeit in der Psychiatrie behandelt wurden und junge Menschen, die beeinträchtigt sind weil ihre seelische Gesundheit nicht intakt ist (vgl. Günder 2007, S.47).

Die Prüfung und Diagnostizierung der seelischen Behinderung erfolgt von einem Arzt, Psychiater oder Psychotherapeuten auf Grundlage der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10), die Feststellung ob eine Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Teilhabe/Integration vorliegt wird vorrangig von sozialpädagogischen Fachkräften geleistet. Hierbei bedarf es also der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften im Hilfeplanverfahren. Der Kinder- und Jugendpsychiater verfasst eine Stellungnahme (fachkompetente Einschätzung einer spezifischen psychischen Problemlage eines jungen Menschen und Empfehlung für den weiteren Hilfebedarf) für das örtliche Jugendamt, welches dann über die Art der Hilfeleistung entscheidet (vgl. Schmid 2007, S.49ff; vgl. Wiesner 2004, S.180ff; vgl. Schrapper 2004, S.206; vgl. Fegert 2004, S.216f; vgl. Klosinski 2001, S.1452). Beide Hilfesysteme sind somit gesetzlich gezwungen, miteinander zu kooperieren und sollen auf Basis einer gemeinsamen Fallkonzeption Ressourcen und Kompetenzen der verschiedenen Einrichtungen und Professionen nutzen (vgl. Schrapper 2004, S.203f; vgl. Schmid 2007, S.170).

Gemeinsames Ziel ist es, jungen Menschen Hilfen und Entlastung zu bieten und ihnen langfristig ein eigenständiges und gesundes Leben zu ermöglichen. Dabei soll die Jugendpsychiatrie die Aufgabe der therapeutischen Behandlung und Heilung übernehmen und die Jugendhilfe parallel dazu pädagogische Orte und Beziehungen bereitstellen, um seelisch behinderten jungen Menschen zu Entwicklung und Lebensperspektiven zu verhelfen (vgl. Schrapper 2004, S.205f).

Kritische Auffassungen zur Diagnostizierung und Abgrenzung der seelischen Behinderung

Cobus-Schwertner betrachtet den § 35a SGB VIII sehr kritisch, weil sie der Auffassung ist, dass alle (auch behinderte) Kinder und Jugendliche in den Zuständigkeitsbereich der Jugendhilfe gehören und es dazu keiner gesonderten Eingliederungshilfe bedarf, da die Hilfe für seelisch behinderte Kinder auch über § 27 SGB VIII erbracht werden kann. Dieser schließt neben pädagogischen auch therapeutische Hilfen ein (§ 27 Abs.3 SGB VIII). Sie konstatiert, dass eine Ab-

grenzung von pädagogischen und therapeutischen/rehabilitativen Maßnahmen nicht möglich ist. Neben Zuständigkeitsstreitigkeiten, die dieser Paragraph auslöst, sieht sie die Gefahr besonders in der Stigmatisierung von Kindern und Jugendlichen durch die diagnostische Zuordnung zum Personenkreis der seelisch behinderten jungen Menschen. Dies sollte vermieden werden, ebenso auch die Ausgrenzung von Kindern in Spezial- und Sondereinrichtungen. Sie fordert stattdessen, dass Therapie in Erziehungshilfemaßnahmen einbezogen wird, auch bei seelisch behinderten Kindern pädagogische Aspekte der Förderung im Mittelpunkt stehen und der Lebensweltbezug erhalten bleibt (vgl. Cobus-Schwertner 1998, S.43ff).

Auch Schmidt-Nieraese ist der Ansicht, dass die Abgrenzung der rechtlichen Regelungen (ob ein Kind seelisch behindert ist und Eingliederungshilfe benötigt oder nur Anspruch auf Hilfe zur Erziehung hat), einem ganzheitlichen Hilfeansatz der Jugendhilfe entgegensteht. An dieser Stelle nimmt sie Bezug auf § 1 SGB VIII, der besagt, dass alle jungen Menschen ein Recht auf Förderung der individuellen, sozialen Entwicklung und Erziehung besitzen und dass Benachteiligungen abgebaut werden sollen. Weiterhin beschreibt, der Begriff „Behinderung“ einen Dauerzustand, von dem man bei jungen Menschen ihrer Meinung nach nicht sprechen kann, da sie sich noch im Entwicklungsprozess befinden (vgl. Schmidt-Nieraese 1998, S.203f).

2.2.2 Psychisch kranke junge Menschen

Definition

„Der Begriff psychische Störung wird - entsprechend der modernen Klassifikation ICD 10 (1991)- anstelle des umstrittenen Begriffs 'Krankheit' verwandt. Es ist kein exakter Begriff, sondern meint einen Komplex von Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten mit Belastungen auf der individuellen und sozialen Ebene und eine Beeinträchtigung von psychischen Funktionen, z.B. Bewusstseinslage, Aufmerksamkeit, Stimmung, Antrieb, Denken, Wahrnehmung, Erleben, Gedächtnis, Intelligenz, Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit“ (Schwarzer /Trost 2002, S.12f). Eine psychische Störung liegt also vor, wenn sich Verhalten und/oder Erleben eines jungen Menschen (gemessen an seinem Entwicklungsstand), als unnormal und beeinträchtigt erweisen (vgl. Klosinski 2001, S.1447; vgl. Steinhausen 2006, S.20). Professionelle Hilfe wird diesbezüglich notwendig, wenn das Erleben von Autonomie und das Selbstwertgefühl erheblich eingeschränkt sind (vgl. Trost 2002, S.90).

Diagnostizierung und Arten psychischer Störungen

Psychische Auffälligkeiten hängen mit der Wechselwirkung zwischen dem jungen Menschen und seiner sozialen Umgebung zusammen. So können biologische, psychosoziale, soziokulturelle Faktoren, Persönlichkeit, aktuelle Lebensumstände (Lebenslage, Familienkonstellation, Belastungen), soziale Strukturen und Beziehungen zur Umwelt im Zusammenspiel zu einer Gesamt-Belastungssituation und daraus entstehend zu einer psychischen Störung führen. Auf allen Ebenen werden Risiko- und Ressourcelfaktoren wirksam, und es bilden sich individuelle Bewältigungsstrategien heraus (vgl. Trost 2002, S.85ff; vgl. Steinhausen 2006, S.20; vgl. Klees/Witte 2006, S.212). Psychische Störungen können deshalb auch „Ausdruck unerträglich gewordener Lebensumstände und Lebenserfahrungen“ sein (Schrappner 2004, S.205). Weiterhin beansprucht der Entwicklungsaspekt eine entscheidende Rolle in Bezug auf die Entstehung psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen (vgl. Klosinski 2001, S.1447; vgl. Trost 2002, S.85).

Eine psychische Störung wird diagnostiziert mit dem Ziel, Zustand, Äußerungen und Verhalten eines jungen Menschen zu verstehen. Dabei ist Verhalten von Absicht zu trennen. Der Betroffene soll dadurch nicht als „krank, bekloppt oder verrückt etc.“ etikettiert und stigmatisiert werden (vgl. Schwarzer/Trost 2002, S.13). Die Diagnose erfasst die gemeinsame Bezeichnung und beschreibende psychiatrische Klassifikation gestörter Verhaltensweisen, klinisch erkennbarer Symptome, psychiatrischer Erkrankungen und ermöglicht Aussagen über psychologische und somatische Faktoren, mögliche Ursachen sowie Therapiemethoden und wird anhand der internationalen Klassifikation psychischer Störungen erstellt (vgl. Steinhausen 2006, S.22; vgl. Klosinski 2001, S.1447). ICD-10 berücksichtigt, dass nicht nur eine Ursache / Theorie / Erklärung für das Entstehen psychischer Erkrankungen existiert und bezieht biologische, genetische, psychosoziale, familiendynamische und kommunikationstheoretische Faktoren in die Diagnose ein (vgl. Köttgen 1998, S.87).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie unterscheidet man zwischen internalisierten Störungen (z.B. Depressionen, Angststörungen), welche den Konflikt nach innen und externalisierten Störungen (z.B. Aggression, Delinquenz), welche ihn nach außen richten (vgl. ebenda, S.98). Für die Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter dient das Multiaxiale Klassifikationssystem (MAS), welches sich (wie bereits schon aufgezählt wurde) auf sechs Achsen erstreckt (vgl. Schmid 2007, S.71f; vgl. Trost 2002, S.98; vgl. Steinhausen 2006, S.22).

Gefahr von Etikettierung, Stigmatisierung und Therapieresistenz

Wenn psychiatrische Diagnosen aus Akten, Berichten und Erzählungen ohne Hinterfragen übernommen und als Fakten gewertet werden, kann dies zu Etikettierungs- und Stigmatisierungsprozessen führen. Diese können sich weiter zwischen den Systemen der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie niederschlagen und sowohl psychiatrisierte als auch hospitalisierte Kinder zur Folge haben (vgl. Cobus-Schwertner 1984, S.92ff/S.102ff/S.109ff) „So entstehen Berichte, die institutionell vorgefertigte Problem- und Chancendefinitionen erhalten und den Institutionen, die sich weiterhin mit den Jugendlichen beschäftigen, Erklärungsmuster für das Verhalten liefern" (ebenda, S.104).

Besonders problematisch erscheinen diesbezüglich „therapieresistente" Jugendliche, die schon mehrfache Psychiatrieaufenthalte durchleben mussten und bei denen auch psychiatrische Interventionsmethoden scheiterten. Auffällige Verhaltensweisen (aufgrund schwerer psychosozialer Belastungen) dienen für sie als Überlebensstrategien, die häufig eine Jugendhilfe - und Psychiatriekarriere nach sich ziehen (vgl. Klees/Witte 2006, S.208). Insbesondere komorbide Störungen lassen sich schwer therapieren. Dies stellt einen langwierigen Prozess dar, der durch viele Faktoren beeinflusst wird. Junge Menschen entwickeln somit während ihres Klinikaufenthaltes häufig Anpassungsstrategien, um die Entlassung zu bewirken, was keinen Indiz für tatsächliche Verhaltensänderungen darstellen muss (vgl. ebenda, S.227).

Fazit

Insgesamt haben sowohl Jugendhilfe als auch Jugendpsychiatrie verstärkt mit psychisch kranken und verhaltensauffälligem Klientel zu tun und „es bleibt fraglich, inwieweit das abweichende Verhalten als Folge erfahrener Lebensumstände angesehen werden muss, also ein pädagogisches Problem darstellt, und ab wann die Symptome in pathologischer Hinsicht medizinisch-therapeutische Interventionen erfordern" (Klees/Witte 2006, S.222).

2.2.3 „Schwierige“ Kinder und Jugendliche

2.2.3.1 Definition und Zuschreibung

Begriffsbestimmungen und resultierende Folgen

Kinder und Jugendliche, die als „schwierig“ benannt werden, bringen Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie und weitere Kooperationspartner an die Grenzen ihrer Geduld und Akzeptanz, an die Grenzen der Struktur und Handlungskonzepte der jeweiligen Einrichtung und an die Grenzen ihrer Zuständigkeit, Professionalität, gesetzlichen Aufträge und Finanzen. Sie gelten daher als

„Grenzfälle“ zwischen den Systemen, weil sie mit beiden in Berührung geraten und insbesondere durch erzieherische Hilfen nicht mehr erreicht werden können. Somit zwingen sie Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie zu Kooperation und Austausch (vgl. Ader 2004, S.438; vgl. Kalter 2004, S.449; vgl. Ader/Schrappner 2002, S.27).

Es gibt jedoch keine Definition dessen, was schwierige junge Menschen eigentlich sind. So werden sie auch als problembeladen, untragbar, dissozial, krank, gestört, unbetreubar, auffällig, schwer erziehbar, verrückt, verhaltensgestört, erziehungs- und therapieresistent, aussichtslos und problematische Fälle bezeichnet (vgl. Ader 2004, S.438; vgl. Witte/Sander 2006, S.8; vgl. Kalter 2004, S.451). Jede Profession betrachtet die gleichen Auffälligkeiten eines jungen Menschen aus dem jeweiligen fachlichen Blickwinkel und interveniert demzufolge unterschiedlich. So würde der Sozialpädagoge das auffällige Verhalten eines jungen Menschen als Erziehungsproblem einstufen, auf das pädagogisch reagiert, der Psychiater würde es als Krankheit/Störung diagnostizieren, welche behandelt, und die Justiz würde das Verhalten als kriminell oder dissozial betrachten, welches bestraft werden muss. Insbesondere in Bezug auf Aggressivität und Kriminalität wird oft geschlossene Unterbringung gefordert (vgl. Köttgen 1998, S.234f; vgl. Witte/Sander 2006, S.8).

Die Wahl und Gestaltung von Hilfen erfolgt also oft anhand der Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Was als normales, abnormales, funktionales und dysfunktionales Verhalten gilt, wird von der Gesellschaft und der Kultur bestimmt. Jeder Mensch spielt seine Rolle in der Gesellschaft. Wenn diese nicht ausgefüllt oder davon abgewichen wird, folgen Etikettierungen wie „verhaltensgestört“, „nicht integrierbar“ etc. und als Folge dessen Stigmatisierung, Ausgrenzung und Abschiebung (vgl. Wirtz 1998, S.160; vgl. Rätz-Heinisch 2005, S.75). „Für die Vertreter des Labeling [Approach] sind Bezeichnungen wie kriminell, auffällig, psychisch krank oder verrückt Produkte einer Reihe sozialer Definitionsprozesse und keine Eigenschaften von Personen, Handlungen oder Verhaltensweisen“ (Cobus-Schwertner 1990, S.79). „Schwierig“ ist demzufolge auch keine Tatsache oder Wahrheit, sondern Ergebnis eines Zuschreibungsprozesses (vgl. Rosenbauer 2006, S.48).

Wurde ein Mensch erst einmal mit einer Zuschreibung oder einem abweichenden Verhalten etikettiert und folglich abgelehnt, kann sich daraus ein festes Verhaltensmuster und ein negatives Selbstkonzept entwickeln und die abweichende Rolle vollständig übernommen werden. Der junge Mensch sucht fortan immer wieder nach Bestätigung des negativen Selbstbildes. Die Umwelt reagiert mit Hilflosigkeit, Ausgrenzung und Resignation. Es entsteht ein Teufelskreis, den es zu durchbrechen gilt, indem der junge Mensch alternative Beziehungs- Erfahrungen, Orientierung, Sicherheit und emotionale Stärkung erfährt. Ihm müssen neue Problemlösungs-

strategien vermittelt werden, die es ihm ermöglichen sich von seinem verfestigten Verhalten zu lösen (vgl. Cobus-Schwertner 1990, S.79; vgl. Kalter 2004, S.453ff). „Die Leistungsfähigkeit sozialpädagogischer Arrangements hängt u.a. davon ab, ob es gelingt, die Wahrnehmung nicht (nur) auf die devianten Anteile der Kinder zu konzentrieren, sondern Lebensprobleme in ihren vergangenen und aktuellen Kontexten zu erklären“ (Wolf 1998, S.57).

Charakteristik und Ausdrucksformen schwieriger junger Menschen

Schwierige Jugendliche leben in einer problematischen Umwelt, deren Gefahren sie ausgesetzt sind, ihre Entwicklung verläuft komplexer und komplizierter als die normaler Kinder, sie haben es schwerer, ihr Selbst zu finden, sie sind psychosozial sehr belastet und haben große Probleme mit sich selbst und ihrer Umwelt. Dies äußert sich zum Beispiel durch Aggressivität, Gewalttätigkeit, Weglaufen, Schulschwänzen und Schulabbruch, Dissozialität, Drogenmissbrauch, Delinquenz, Zerstörung, Kriminalität, Beziehungsstörungen, Isolation und Selbstverletzungen. Trotz Schädigungen und Traumatisierungen, die solche jungen Menschen erlebt haben, sind sie in der Lage, Autonomie, Kräfte und Stärken zu entwickeln. Diese werden dann in problematischen Auffälligkeiten, Äußerungsformen, Interaktionen und Ablehnung sowie Scheitern von Hilfemaßnahmen sichtbar.

„Problemjugendliche“ sind also durch negative Erfahrungen geprägt und zeichnen sich durch häufig störendes, gesellschaftlich abweichendes, dissoziales und aggressives Verhalten aus, welches Bindungsunfähigkeit, Versagen in Schule und Beruf, Interesselosigkeit etc. zur Folge haben kann. In der Medizin wird solch ein Verhalten als „Störung des Sozialverhaltens“ diagnostiziert. Altersentsprechende soziale Erwartungen werden nicht erfüllt.

Die Funktion des abweichenden Verhaltens besteht darin, die eigene Wirksamkeit der Handlungskompetenz zu wahren, sich somit Aufmerksamkeit zu sichern und das Selbstwertgefühl zu stärken. Es dient sozusagen als Problemlösungsversuch, vor allem in Bezug auf das negative Selbstkonzept. Dissoziale junge Menschen kommen schlecht mit Ambivalenzen zurecht. Sie haben keine oder negative Bindungs- Erfahrungen gesammelt und dadurch nie empathisches Einfühlen erlernt. Sie sind daher schnell überfordert und können anderen schwer vertrauen. Das „Fühlen“ fällt ihnen schwer und „daher agieren sie und ge- bzw. missbrauchen andere Personen für ihre Problembewältigung“ (Schleiffer 2001, S.226).

Besonders diese Zielgruppe bringt die Hilfesysteme an ihre Grenzen, bewirkt bei den Fachkräften Ohnmacht und Hilflosigkeit und durchlebt deshalb häufig langjährige Hilfekarrieren im Teufelskreis zwischen Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie und Justiz. So entstehen aus schwierigen Kindern „aussichtslose Fälle“, die auch als „erziehungsresistent“ oder „maßnahmeresistent“

gelten, weil es nicht gelingt, ein geeignetes Betreuungs- Setting für sie bereitzustellen (vgl. Rätz-Heinisch 2005, S.60/S.70f; vgl. Kalter 2004, S.451; vgl. Witte/Sander 2006, S.7ff; vgl. Schleiffer 2001, S.186/S.190ff/S.226).

Schwieriges Verhalten als Überlebensstrategie verstehen

Jedoch bereiten Kinder und Jugendliche nicht nur Schwierigkeiten, sie haben vor allem selbst welche. „Schwierige Kinder werden nicht schwierig geboren, sondern das Leben hat sie dazu gemacht“ (Schrapper 2002, S.20). So mussten sie in ihrem Leben schon früh Unsicherheit, Vernachlässigung, Gewalt und Enttäuschung erleben und lernen, wie sie unter schwierigen und bedrohlichen Bedingungen überleben können. Ihr auffälliges und grenzüberschreitendes Handeln und ihre Äußerungsformen unterliegen demgemäß einer inneren Logik, sind Ergebnisse ihrer Selbstkonstruktion sowie erlernte und notwendige Überlebensstrategien. Ihr Handeln hat also einen subjektiven Sinn, den die Umwelt jedoch oft nicht erkennt oder versteht. Störendes Verhalten ist somit häufig Ausdruck dessen, was junge Menschen selbst erlebt haben und kann als Re-Inszenierung verstanden werden. Provozierendes und aggressives Verhalten (Wut ist nach außen gerichtet und wird auf andere übertragen) oder Selbstverletzungen (Leiden richtet sich nach innen gegen sich selbst) stellen dabei den verzweifelten Versuch dar, Kontakt zur Umwelt aufzubauen und Hilfe zu erhalten (vgl. Rätz-Heinisch 2005, S.58; vgl. Schrapper 2002, S.17; vgl. Köttgen 2007, S.32f). Es sind also verdeckte Botschaften und Notrufe „die zu jedem Zeitpunkt durch Verstehen und verändertes Handeln im Betreuungssystem zu Änderungen führen können“ (Köttgen 2007, S.42).

Das Intervenieren der Fachkräfte konzentriert sich jedoch häufig auf die Symptome, die ein junger Mensch zeigt und die Schwierigkeiten, die er macht, nicht jedoch auf die Probleme, die er tatsächlich hat. Ursachen für auffälliges Verhalten werden zu wenig hinterfragt und demzufolge häufen sich institutionelle Karrieren. Die Funktion des auffälligen Verhaltens und die Motive des Jugendlichen müssen verstanden werden, um ihm neue und positive Lebenserfahrungen und Handlungsstrategien aufzuzeigen. Weiterhin sind für erfolgreiches Fallverstehen und Hilfeplanung die unterschiedlichen Perspektiven und Interpretationen aller Beteiligten und die kritische Selbstreflexion des Hilfesystems notwendig (vgl. Abels/Schäfer/Wolf 2007, S.127ff; vgl. Ader 2004, S.443f).

Fazit

Ob ein junger Mensch als schwierig und unerreichbar gilt, hängt also von den Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsmustern eines Hilfesystems ab. Jugendliche werden erst zu aussichts-

losen Fällen, wenn das Hilfesystem keine Angebote, Interventionsvorschläge und geeignete Hilfesettings mehr bereit hält, nach etlichen Unterstützungsbemühungen und Überforderungssituationen keine Hoffnung mehr auf gelingende Hilfe hat, mit unkoordinierten Maßnahmen reagiert und den jungen Menschen aufgibt und abschiebt (vgl. Rätz-Heinisch 2005, S.92f; vgl. Köttgen 2007, S.49). Die Diagnosen und Zuschreibungen führen dazu, dass Kinder und Jugendliche zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie hin und hergeschoben werden, weil sich jede Institution für nicht zuständig erklärt. Der junge Mensch wird demzufolge zum „Defizitträger“ (vgl. Köttgen 2007, S.49).

2.2.3.2 Ursachen, Entstehungs- und Risikofaktoren

Für die Entstehung schwierigen Verhaltens existieren unterschiedliche Erklärungsansätze. So kann schwieriges Verhalten als Ausdruck und Folge einer psychischen Erkrankung, als Auswirkung ungenügender Versorgung und falscher Erziehung sowie als zwangsläufiges Resultat gesellschaftlicher Verhältnisse, sozialer Strukturen und Institutionen interpretiert werden (vgl. Schrapper 2002, S.16).

Wie bereits schon ausgeführt wurde, werden junge Menschen nicht schwierig geboren, sondern entwickeln sich aufgrund ihrer problematischen Erfahrungen dazu. Oft haben sie Unzuverlässigkeit, Unsicherheit, Vernachlässigung, Gewalt, vielfache Enttäuschungen und Beziehungsabbrüche erlebt. Meist stammen solche Kinder aus kritischen und instabilen Familien- und Lebensverhältnissen (Multiproblemfamilien, Patchwork- Familien, Einelterfamilien etc.).

Weitere Risikofaktoren bestehen in:

- problematischen Beziehungs- Erfahrungen (z.B. Tod, Trennungen, Verluste);
- schwierigen sozialen Belastungen (mangelnde Förderung, Schulversagen, fehlende Gleichaltrigenbezüge etc.);
- psychischen Belastungen (z.B. Liebesentzug und Bestrafung) und
- kritischen sozioökonomischen Bedingungen (z.B. instabile Lebensorte).

Im Zusammenspiel können sie zur Eskalation bzw. zur Zerstörung des Selbstwertgefühls, zu Selbst- und Fremdverletzungen, Überforderung, körperlichen und psychischen Erkrankungen und zur Entwicklung von schwierigen jungen Menschen führen (vgl. Ader 2004, S.438; vgl. Kalter 2004, S.452f; vgl. Witte/Sander 2006, S.8f; vgl. Köttgen 2007, S.29).

Weiterhin entstehen schwierige Kinder im Zusammenwirken verschiedener Faktoren im Helfersystem und durch professionelle Interpretations-, Entscheidungs- und Handlungsmuster (Hilflosigkeit, Ausgrenzung und Abschiebung der Hilfesysteme). Daraus entwickelt sich eine

Gesamtdynamik, die es zu verstehen gilt (vgl. Ader 2004, S.440ff). „Die nicht lösbaren Probleme aller Beteiligten verschränken sich zu eskalierenden beidseitigen Enttäuschungen, Beziehungskonflikten und Machtdemonstrationen und werden für das Umfeld häufig als Symptome von Dissozialität und Grenzüberschreitung sichtbar" (Ader 2002, S.119).

Risikofaktoren können zum einen in einem schwierigen Milieu und zum anderen in Gefährdungen und Störungen für das Selbst des Kindes bestehen.

Zu einem schwierigen Milieu gehören:

1. *materielle und finanzielle Probleme der Familie* (beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Armut, Verschuldung);
2. *Migration* (unsicherer Aufenthalt, kulturelle Fremdheit am Lebensort);
3. *Soziale Isolation* (Ausgrenzung, junger Mensch ist nicht sozial eingebunden und kann keine sozialen Beziehungen aufbauen) und
4. *Einflüsse subkultureller Peergroups* (junge Menschen suchen in Milieus, die durch Kriminalität, Drogen oder Prostitution gekennzeichnet sind, nach sozialen Beziehungen, verinnerlichen die dort vorherrschenden Orientierungen/Werte und wenden sich von gesellschaftlich erwarteten Verhaltensmustern ab).

Störungen des Selbst (Traumatisierungen, existentielle Ängste, frühkindliche Störungen, Bindungsunfähigkeit etc.) sind Folgen von:

1. *psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt oder Missbrauch*;
2. *Vernachlässigung und Mangelversorgung*;
3. *individuellen Beeinträchtigungen der Eltern* (Suchtverhalten, psychische Krankheit, geringes Bildungsniveau...);
4. *eingeschränkter Erziehungskompetenz der Eltern* (ambivalentes Erziehungsverhalten-permanenter Wechsel zwischen emotionaler Nähe und Distanz, generelle Überforderung und falsche Erwartungen...);
5. *fehlender Sicherheit und Orientierung* und von
6. *fehlenden Bindungen und Beziehungen* (frühe Verlust- und Trennungs- Erfahrungen, wechselnde Bezugspersonen, plötzliche Beziehungsabbrüche etc.)

(vgl. Ader 2002, S.119; vgl. Rätz-Heinisch 2005, S.61ff; vgl. Witte/Sander 2006, S.8f).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass aus hoch belasteten Lebenssituationen schwierige Fälle einerseits entstehen, wenn das Familiensystem aufgrund materieller, psychischer und sozialer Probleme zusammenbricht und junge Menschen mit abweichendem Verhalten und psychischen

Auffälligkeiten reagieren und andererseits, wenn das Jugendhilfesystem „so in die Dynamik einer Familie verstrickt und so mit eigenen (Kooperation- und Zuständigkeits-) Problemen beschäftigt ist" (Ader 2002, S.119), dass es den Blick für den jungen Menschen in der eskalierenden und familiären Situation verliert. Somit wird der Jugendliche von einer Einrichtung in die nächste oder letztendlich in die Jugendpsychiatrie delegiert (vgl. Witte/Sander 2006, S.9). Ader formuliert dazu treffend: „Es sind nicht spezifische Schlüsselsituationen in den Lebens- und Familiengeschichten junger Menschen, die dazu führen, dass sie stolpern und zu Grenzfällen werden, sondern es sind eher Schlüsselkonstellationen, d.h. die Summe der Ergebnisse, Bewertungen und Dynamiken aller Beteiligten und ihrer Systeme" (Ader 2002, S.126).

Kinder und Jugendliche können jedoch auch Widerstände entwickeln und somit trotz sehr problematischer Lebensbedingungen und -erfahrungen eine stabile und gesunde Persönlichkeit herausbilden. Dies geschieht einerseits aufgrund familiärer und sozialer Schutzfaktoren (ermöglichen jungen Menschen die Bewältigung von schwierigen Situationen) und andererseits aufgrund eigener Aktivität und Ressourcen (befähigen Kinder und Jugendliche zu Autonomie und Problemlösungskompetenz). Wenn die Risikofaktoren jedoch überwiegen, scheitern Bewältigungshilfen und -strategien häufig (vgl. Rätz-Heinisch 2005, S.68f).

2.2.3.3 Risikofaktoren im Hilfesystem, die schwierige Fallverläufe verschärfen

Wie bereits schon angeführt wurde, entstehen aus jungen Menschen in Schwierigkeiten häufig „schwierige Fälle", bedingt durch die Organisationsstrukturen und Mechanismen der Hilfesysteme (vgl. Ader/Schrapper 2002, S.33; vgl. Wolf 1998, S.57). Welche Faktoren in den Hilfesystemen dazu führen, dass sich schwierige Fallverläufe verschärfen, soll im Folgenden näher beleuchtet werden.

Problematisch ist es, wenn Probleme nicht verstanden werden, die Fallbearbeitung nur einseitig auf das auffällige Verhalten des Jugendlichen konzentriert bleibt (Symptomorientierung) und familiäre, soziale und weitere komplexe Zusammenhänge des problematischen Lebenslaufes vernachlässigt werden. Interessen, Ressourcen und Fähigkeiten des jungen Menschen werden dabei häufig nicht genügend berücksichtigt und es entsteht eine Dynamik, die Probleme eher verschärft anstatt löst. Institutionelle Interessen rücken dabei häufig in den Vordergrund.

Kritisch ist es weiterhin, wenn persönliche und institutionelle Werte der Fachkräfte im Hilfeprozess unbewusst und unreflektiert bleiben und idealistische Erwartungen (Hilfephantasien) von der Familie (die andere Werte und Vorstellungen besitzt) nicht erfüllt werden können. Dies führt zu Ohnmacht und Enttäuschung, die auf die Klienten übertragen wird.

Ein weiteres Problem besteht in der komplexen, ambivalenten und gespaltenen Organisationsdynamik der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, die zu Konflikten und institutioneller Hilflosigkeit führen kann. So wiederholen sich familiäre Muster (fehlende Verantwortung, fehlende Sicherheit und Kontinuität) im Handeln der Hilfesysteme, was sich durch Betreuungs- und Beziehungswechsel und das Verlegen in andere Einrichtungen äußert.

Zudem herrscht oft eine mangelnde Kooperation der Fachkräfte in Einrichtungen und zwischen Trägern und Hilfesystemen vor. Es existieren keine klaren Zuständigkeits- und Kompetenzregelungen, Leistungen verlaufen unkoordiniert und es bestehen unterschiedliche Aufträge, Werte- und Zielvorstellungen, die zu Interessenkonflikten und Eskalationen führen. Oftmals fehlt es an tragfähigen Kooperationen, gemeinsamen Absprachen, direktem Dialog und strukturierten sowie geplanten Interventionen im Falle einer Krise. Die Systeme ziehen sich dann in eigene Grenzen zurück, schreiben sich gegenseitig die Zuständigkeit zu und kooperieren nicht lösungsorientiert miteinander.

Kritisch erscheint es auch, wenn einzelne Personen die Verantwortung für Krisen tragen müssen weil Grenzsituationen nicht durch Strukturen der Systeme abgesichert sind. Somit werden persönliche Beziehungen nicht geschützt und es kann zu Überforderung, schwierigen Rollenabgrenzungen und mangelnder Professionalität kommen. Die Gestaltung kontinuierlicher und individueller Beziehungen muss durch die Institutionen abgesichert sein, wobei qualifizierte Übergänge und Wechsel der Helfer sowie Einrichtungen durch methodisches Vorgehen verbessert werden müssten.

Weiterhin verschärft fehlende Empathie/Nähe zum Kind die Problematik und verhindert den Aufbau einer echten und persönlichen Beziehung. Dies trifft zu wenn Fachkräfte eigene Gefühle und Wahrnehmungen unterdrücken und Grenzen nicht aufzeigen, aus Angst, unprofessionell zu handeln und somit Unsicherheit beim Jugendlichen erzeugen. Zuletzt wirken sich besonders Abgrenzungsmechanismen der Hilfesysteme und damit verbundene Zuständigkeitswechsel, die oft nicht planvoll, kommunikativ und selbstreflexiv gestaltet sind, eher negativ auf den Fallverlauf aus.

Aufgrund der Differenzierung von Maßnahmen, Handlungs- und Legitimationsdruck und Spezialisierung der Einrichtungen, werden junge Menschen mit ihren Problemen in eine andere Einrichtung oder in ein anderes Hilfesystem delegiert. So entstehen dann schwierige Grenzfälle, die zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie hin und hergeschoben werden und ständige Neubeginne sowie Abbrüche (geprägt durch das Wechselspiel von Hoffnung und Enttäuschung) erleben (vgl. Ader/Schrapper 2002, S.28ff; vgl. Ader 2002, S.120ff; vgl. Ader 2004, S.439; vgl. Köttgen 2007, S.144).

2.2.3.4 Gelingende Jugendhilfe im Umgang mit schwierigen jungen Menschen

Im Allgemeinen bestehen zwei unterschiedliche Ansätze im Umgang mit besonders schwierigen und belasteten Kindern. Der eine basiert auf besonderer Zuwendung, Verständnis, Erziehung und Bildung. Der andere betrachtet als notwendige Grundlage insbesondere Konsequenz, Disziplin, Regeln, Strenge und eine systematische Ordnung und Struktur. Jedoch herrschen trotz der unterschiedlichen Ansätze jeweils Ohnmacht und Hilflosigkeit der Fachkräfte im Umgang mit schwierigen jungen Menschen vor (vgl. Schrappner 2002, S.12f).

Notwendige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Jugendhilfe

„Der Jugendhilfeprozess mit sogenannten ‚aussichtslosen Fällen‘ kann in einem dialogischen Passungsverhältnis zwischen sozialpädagogischen Interventionen, Hilfeangeboten und Gestaltungen des sozialen Ortes auf der einen Seite und den spezifischen Problemkonstellationen auf der anderen Seite gelingen“ (Rätz-Heinisch 2005, S.299). Institutionelles und individuelles System, d.h. biographische Erfahrungen und subjektive Erwartungen des jungen Menschen und die Unterstützungsangebote der Institution, müssen miteinander im Einklang stehen, damit Lern- und Entwicklungsprozesse ermöglicht werden können.

Es kommt also darauf an, die biographische Handlungsstruktur des jungen Menschen nicht zu zerstören und völlig neue Handlungsmuster erzeugen zu wollen (Autonomie, Partizipation und eigene Entscheidungskraft müssen gewahrt bleiben). Stattdessen sollen geeignete Hilfesettings geschaffen werden, die neue und alternative Handlungsformen ermöglichen. „Können die Jugendlichen alternative Handlungen mit keinem Bestandteil ihrer biographischen Handlungsstruktur vernetzen, werden sie sich nicht verändern“ (ebenda, S.311).

Um ein geeignetes Hilfesetting für schwierige Kinder und Jugendliche zu finden, empfiehlt es sich, diese als „Selbstexperten“ zu verstehen, wozu Sinn- und Bedeutungsstrukturen ihrer Äußerungen, Handlungen und Interaktionsformen verstanden werden müssen. Der Jugendliche hat das Recht, über sein eigenes Leben zu entscheiden, selbstständig zu handeln und sich mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen. Der Interaktionsprozess zwischen Sozialarbeiter und Klienten ist demzufolge durch Verständigung, Dialog, Aushandlungen, Vereinbarungen und Konflikte gekennzeichnet (vgl. ebenda, S.313f). Auffälligkeiten werden als Überlebensstrategien verstanden, Diagnosen, Schuldzuschreibungen und Ausstoßung vermieden (vgl. Schomaker 2002, S.98f).

Entscheidend für das Gelingen einer Jugendhilfemaßnahme sind zum einen kontinuierliche, konstante und verlässliche Beziehungen, auf die der junge Mensch auch nach Krisen und Abbrüchen zurückgreifen und wobei er Nähe und Distanz selbst bestimmen kann. Geprägte und

verletzte junge Menschen überprüfen die Stabilität von Beziehungen, indem sie diese austesten und ihr erlerntes Muster, wieder enttäuscht zu werden, bestätigen wollen. Deshalb ist Geduld und Vertrauen erforderlich, Fachkräfte müssen diese Dynamik aushalten können und nicht auf sich persönlich beziehen (vgl. Köttgen 2007, S.33). Zum anderen ist das gemeinsame Gestalten eines angenehmen und förderlichen Milieus entscheidend, da manche schwierige Jugendliche besonders die vorfindbaren sozialen und ökonomischen Ressourcen nutzen. Lebensweltbezug und ein pädagogischer Schutz- und Schonraum sollten hergestellt werden. Wichtig für das Gelingen von Jugendhilfe ist es zudem, jungen Menschen Zeit für die individuelle Entwicklung und die Annahme von Hilfe zu gewähren. Sie sollten trotz Niederlagen und Problemen Zeit haben, sich an einem pädagogischen Ort aufzuhalten und aus Krisensituationen herauszufinden (vgl. Rätz-Heinisch 2005, S.315ff; vgl. Schomaker 2002, S.98ff).

Flexible Erziehungshilfen

Nicht immer sind spezialisierte Hilfen (wie Therapie) erforderlich, sondern eher Hilfen zur Selbstkonstruktion, die aus pädagogischen Angeboten bestehen. Im Umgang mit „aussichtslosen Fällen“ empfiehlt Rätz-Heinisch, den jungen Menschen erst einmal in Ruhe zu lassen und die pädagogische Hilfe fortzuführen, indem die materielle Grundversorgung des Kindes abgesichert und Kontakt und Beziehungsangebote zur Verfügung gestellt werden. Es soll so lange nicht aktiv gehandelt werden, bis eine neue handlungspraktische Idee im Umgang mit dem jungen Menschen vorliegt (vgl. Rätz-Heinisch 2005, S.322ff). Auch Rosenbauer und Schomaker führen flexible Erziehungshilfen im Einzelfall, als das Schaffen von individuellen, auf die Persönlichkeit des jungen Menschen gerichteten, sozialpädagogischen, transparenten und förderlichen Betreuungsarrangements als positive Möglichkeit an. Darin sieht Rosenbauer die Chance, Konzepte zu entwickeln, die Jugendliche nicht ausgrenzen, sondern stattdessen auf das Verständnis der problematischen Hilfeverläufe und biographischen Erfahrungen sowie auf die Erweiterung und Veränderung von Handlungsmustern ausgerichtet sind. Demzufolge soll sich die Struktur der Einrichtung an den jungen Menschen anpassen und nicht der Jugendliche in eine vorgegebene Organisation hineingezwungen werden (vgl. Rosenbauer 2006, S.42ff; vgl. Schomaker 2002, S.98ff). Veränderungsdruck sollte sich also nicht auf den Jugendlichen beziehen. Wenn eine Hilfe scheitert, ist nicht der junge Mensch ungeeignet, sondern das angewandte Konzept (vgl. Schomaker 2002, S.100). Und zu guter Letzt können „tragfähige Netze...-trotz Traumata in der Vorgeschichte- dazu beitragen, Wunden verheilen oder wenigstens vernarben zu lassen...Sinnvolle und gelingende Hilfen zum Wohle des Kindes finden dann statt, wenn Fachkräfte im Interesse des Kindes...zusammenarbeiten... " (Köttgen 2007, S.55).

2.3 Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Nachdem ersichtlich wurde, dass sowohl Jugendhilfe als auch Jugendpsychiatrie mit den gleichen Zielgruppen, Problemlagen und Auffälligkeiten arbeiten (vgl. Cobus-Schwertner 1990, S.78), soll nun der Frage nach einer effektiven Kooperation der Professionen und Systeme nachgegangen werden. Wie gestaltet sich eine Zusammenarbeit konkret, welche Voraussetzungen müssen dafür vorhanden sein und welche Probleme ergeben sich diesbezüglich?

2.3.1 Notwendigkeit und Ziele der Kooperation

Gemeinsame Schnittpunkte und Ziele

Der Anteil der jungen Menschen, die in ihrer Entwicklung und in ihrem Lebenslauf beide Systeme in Anspruch nehmen müssen, steigt weiterhin an, sodass eine effektive Zusammenarbeit beider Disziplinen unabdingbar geworden ist (vgl. Darius/Hellwig 2004, S.505).

Gemeinsamer Bezugspunkt und Schnittstelle beider Arbeitsfelder sind hilfsbedürftige junge Menschen mit komplexen Problemlagen, die häufig als Grenzfälle und demnach als schwierig, auffällig, krank, verhaltensgestört etc. gelten und deren emotionale und soziale Entwicklung erschwert ist. Dabei fällt eine klare Grenzziehung (wann welches System zuständig ist und welche Leistungen nur in Kooperation erfolgen können) schwer, da in der gemeinsamen Arbeit mit schwierigen und psychosozial belasteten jungen Menschen enge Wechselbezüge und eine gemeinsame Verantwortung bestehen.

Gemeinsames Ziel ist es, das Wohlbefinden und die Gesundheit von jungen Menschen zu wahren und wiederherzustellen, ihnen adäquate Hilfen, Orientierung und Sicherheit zu bieten, ihre Entwicklung zu fördern, Barrieren zu beseitigen und ihre Lebenssituation zu verbessern. Sie und ihre Familien sollen in schwierigen Lebenslagen befähigt werden, ihr Leben wieder eigenständig und ohne professionelle Unterstützung zu organisieren. Dafür ist eine zielgerichtete Kooperation, gegenseitige Kommunikation und das Abstimmen und Kombinieren von Unterstützungsleistungen zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie erforderlich, sodass ein „optimales Gesamthilfesystem“ (ebenda, S.505) entsteht, welches sich auf die Individualität, Problematik und Lebenssituation des Klienten bezieht (vgl. Fegert/Schrappner 2004, S.17/S.20f; vgl. Jungmann 2004, S.574, vgl. Darius/Hellwig 2004, S.509; vgl. Kerdar/Wewetzer 2003, S.141ff).

Abgrenzung zwischen Erziehung und Therapie, bzw. zwischen den Institutionen

Im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie gibt es keine klaren Abgrenzungskriterien, die bestimmen, welche Kinder Hilfe zur Erziehung benötigen und welche als psychisch krank gelten und somit der Versorgung der Jugendpsychiatrie unterstehen (vgl. Feyerabend 1995, S.158). Lempp konstatiert, dass man psychosoziale Probleme und Erziehungsbedürftigkeit nicht von seelischen Erkrankungen abtrennen kann. Deshalb sind auch Therapie und Pädagogik, bzw. Heilen und Erziehen nicht zu trennen (vgl. Lempp 1990, S.21f). Auch Specht ist der Auffassung, dass eine Behandlungsnotwendigkeit (aufgrund von Krisen, Beziehungsschwierigkeiten etc.) das Erfordernis von Erziehung nicht ausschließt. „Von welchem System die erforderlichen Hilfen dabei zu welchem Zeitpunkt erbracht werden sollten, lässt sich nicht von klassifizierenden Begriffen her bestimmen“ (Specht 1990, S.76). Deshalb sollte jede Maßnahme im Einzelfall geplant und abgestimmt werden (vgl. Feyerabend 1995, S.158).

Kooperationserfordernis der Professionen und Systeme

Kooperation wird diesbezüglich immer dann notwendig, wenn die Systeme an ihre Grenzen stoßen und eigene Möglichkeiten ausgeschöpft sind. So benötigen Heimeinrichtungen Unterstützung der Jugendpsychiatrie, wenn sie sich im Umgang mit schwierigen Kindern hilflos fühlen, Krisensituationen sich zuspitzen und eine Unterbringung in der Klinik zur Entlastung, zum Schutz und zur Krisenintervention erforderlich wird. Da der Aufenthalt in der Jugendpsychiatrie jedoch nur vorübergehend sein kann und zur Behandlung der akuten Symptomatik dient, nimmt die Jugendpsychiatrie im Gegenzug Unterstützung der Jugendhilfe in Anspruch, wenn nach der Entlassung die Betreuung in einer Jugendhilfeeinrichtung erforderlich wird oder die Familie zusätzlicher sozialpädagogischer Unterstützung und Begleitung bedarf.

So ist die Jugendhilfe in Bezug auf fachmedizinische Diagnostik, Clearing, Krisenintervention, Beratung und Behandlung in „schwierigen Fällen“ und die Jugendpsychiatrie im Hinblick auf pädagogische Unterstützung/Angebote und die Bewältigung von Anforderungen im Alltag auf das andere System angewiesen. Jedoch reichen individuell stabilisierende Maßnahmen, die nacheinander folgen, nicht aus. Es ist „eine kontinuierliche, auf verlässliche Strukturen gestützte Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie“ (Kalter 2004, S.456) nötig, die sowohl die gemeinsame Gestaltung von Übergängen, als auch gemeinsame Hilfeplanung und Interventionen einschließt (vgl. Fegert/Schrappner 2004, S.20ff; vgl. Darius/Hellwig 2004, S.506; vgl. Schmid 2007, S.45).

Beide Professionen sind also für die Gestaltung der Übergänge von einem System in das andere verantwortlich. Gemäß § 36 und 37 SGB VIII sind sie zu einer Zusammenarbeit verpflichtet.

Weiterhin sind sie nach § 35a SGB VIII gemeinsam für die Frühförderung und Diagnostik von seelisch behinderten (und davon bedrohten) jungen Menschen zuständig und müssen gemäß § 36 Abs.3 SGB VIII in solchen Fällen zusammenarbeiten. Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie gelten zudem gemäß § 6 SGB IX als Rehabilitationsträger für die Erbringung von Eingliederungshilfen für junge Menschen mit einer seelischen Behinderung. Somit gelten für beide Systeme die Regelungen der Rehabilitationsleistungen und die daraus resultierende Zusammenarbeitserfordernis nach den §§ 10ff SGB IX. Auch bei der Bewältigung von psychischen Krisen und Auffälligkeiten von Jugendlichen müssen die Systeme miteinander kooperieren. Beide Sichten und Kompetenzen sind des Weiteren bei Unterbringungsverfahren nach § 1631b BGB durch das Familiengericht erforderlich. Letztendlich ist eine Koordination, Hospitation und Supervision in Einzelfällen notwendig (vgl. Späth 2004, S.499ff; vgl. Köttgen 2007, S.225ff).

Die Kooperation zwischen den Professionen und Systemen kann dementsprechend „als interdisziplinäres Handeln mit dem Ziel einer vernetzten Problemlösung durch kreatives Zusammenführen der vorhandenen Leistungsstrukturen“ verstanden werden, welche inhaltlich auszugestalten und weiterzuentwickeln sind (Jungmann 2004, S.571).

2.3.2 Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation

Eine wichtige Voraussetzung für eine effektive Kooperation ist der gegenseitige, interdisziplinäre Austausch der Professionen, wobei institutionelle und professionelle Kompetenzen und Grenzen, Handlungsziele und -möglichkeiten geklärt sein sollten (vgl. Fegert/Schrappner 2004, S.18; vgl. Du Bois/Ide-Schwarz 2001, S.1429; vgl. Darius/Hellwig 2004, S.510).

Weitere Voraussetzungen sind die gegenseitige Anerkennung und Akzeptanz der Eigenart des anderen Systems. „Gute Kooperation setzt voraus, dass die Beteiligten sich als strukturell gleichwertige Partner verstehen und erleben, sich keiner dem Anderen über- oder unterlegen fühlt und ihre unterschiedlichen Kompetenzen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen gleichzeitig anerkennen“ (Darius/Hellwig 2004, S.511). Kooperation gelingt also nur zwischen gleichwertigen und eigenständigen Systemen, die auf Macht, Hierarchie und Autorität verzichten und Ängste vor der Ausgrenzung durch die andere Profession abbauen. Beide Hilfesysteme sollten ineinander übergreifen. Grundlage dafür ist die gegenseitige Kenntnis der wissenschaftlichen Denkweise, Arbeitskonzepte und Begrifflichkeiten.

Weiterhin müssen gemeinsame Ziele, Überzeugungen und Auffassungen und auch ein gemeinsames Handlungsfeld d.h. gemeinsame Arbeitsformen bestehen. Es sollte ein wechselseitiger Nutzen und Gewinn ersichtlich sein, sodass sich die Kooperation für alle Beteiligten lohnt. Weiterhin benötigt eine gelingende Kooperation Strukturen und Verfahrensregelungen, die ein-

zelne Personen (subjektive Einstellungen) stützen und somit Abhängigkeit und Überforderung vermieden werden (vgl. Fegert/Schrapper 2004, S.23f; vgl. Darius/Hellwig 2004, S.511; vgl. Späth 2004, S.500; vgl. Lempp 1990, S.24).

Kooperation kann nur auf Basis von gegenseitigem Vertrauen erfolgreich verlaufen, welches jedoch erst im Arbeitsprozess entsteht. Daher ist es wichtig, die Zusammenarbeit von Beginn an transparent zu gestalten. Sowohl personelle Haltungen und Einstellungen, wie auch institutionelle Aspekte der Struktur- und Handlungsweise und auch Ziele, Aufträge und Erwartungen sollten diesbezüglich zwischen den Kooperationspartnern offen dargelegt und besprochen werden. Weiterhin sind geeignete strukturelle Rahmenbedingungen, Verlässlichkeit, feste Ansprechpartner und Verbindlichkeit notwendig (vgl. Darius/Hellwig 2004, S.510f).

Belastungs- und Krisensituationen im Lebenslauf eines Individuums orientieren sich nicht an den Hilfesystemen und ihren institutionsspezifischen Interventionen und damit verbundenen Grenzen, sondern an individuellen Vorgängen und Entwicklungen. Professionelles und gemeinsames Verstehen und Handeln der unterschiedlichen Hilfesysteme sollte sich deshalb primär am Gemeinsamen, d.h. dem Hilfesuchenden und seinem Entwicklungsprozess, ausrichten. Die aktive Einbeziehung und Beteiligung des jungen Menschen und seiner Familie ist daher für die Kooperation von grundlegender Bedeutung. Diesbezüglich sollten notwendige und mögliche Unterstützungsmöglichkeiten betrachtet, entwickelt und eingeleitet werden (vgl. Kalter 2004, S.592; vgl. Fegert/Schrapper 2004, S.22).

Nach Wolf ist insbesondere die Wahrung der Eigenständigkeit und Professionalität der Heimerziehung grundlegende Voraussetzung für eine adäquate Kooperation zwischen Heimeinrichtung und Jugendpsychiatrie. Die Ergebnisse einer psychiatrischen Behandlung sollten unter dem Gesichtspunkt, was sinnvoll für die pädagogische Arbeit erscheint, angewandt werden (vgl. Wolf 1998, S.58).

2.3.3 Überweisungsmuster zwischen den Systemen

Kinder und Jugendliche werden von Heimeinrichtungen in die Jugendpsychiatrie und umgekehrt verlegt, wenn die Institutionen an die Grenzen ihrer Fachzuständigkeit geraten und dem anderen System erweiterte Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten zusprechen (vgl. Gintzel/Schone 1990, S.37). Dabei haben Gintzel und Schone Überweisungsmuster herausgearbeitet, die zwischen den Systemen angewandt werden:

Überweisung von einer Heimeinrichtung in die Jugendpsychiatrie

Hierbei unterscheiden Gintzel und Schone in folgende Überweisungsformen:

1. Muster der permanenten Ratlosigkeit;
2. Muster der plötzlich auftretenden Hilflosigkeit und
3. Muster der langfristigen Eskalation (vgl. ebenda, S.37f).

Bei dem ersten Muster sind die Fachkräfte bezüglich des Verhaltens und der Äußerung von einem Jugendlichen beständig ratlos. Noch bei der Aufnahme, scheinen Probleme und Entwicklungsdefizite des jungen Menschen bearbeitbar und überwindbar zu sein, doch im Verlaufe der Hilfe scheitern dann alle erzieherischen Bemühungen und die erwünschte Verhaltensänderung stellt sich nicht ein. Die Problematik des Kindes wurde unter- und die Wirksamkeit des pädagogisch konzeptionellen Ansatzes der Heimeinrichtung überschätzt. Nicht erklärliche Auffälligkeiten sind dann der Grund, eine psychiatrische Diagnostik anzustreben. Hier wird die Überweisung zwischen den Hilfesystemen längerfristig geplant und es wird zielgerichtet nach Hilfe gesucht, nachdem eigene Ressourcen ausgeschöpft wurden.

Das Muster der plötzlich auftretenden Hilflosigkeit kann als Überweisung aus situativer Überforderung verstanden werden. Der junge Mensch zeigte hier vorher keine Auffälligkeiten, bereitete keinerlei Probleme und verhielt sich ganz normal. Ein plötzlich auftretendes Problem oder Ereignis führt dann zur Hilflosigkeit und Überforderung der pädagogischen Mitarbeiter in der Heimeinrichtung, z.B. bei Suizidversuch eines Jugendlichen. Dies erzeugt Handlungsdruck und die Überweisung in die Jugendpsychiatrie erfolgt kurzfristig, ungeplant und unvorbereitet in Form einer Krisenintervention.

Bei dem dritten Überweisungsmuster sind die Fachkräfte beständig ratlos. Eine bestehende Krise verschärft sich über einen längeren Zeitraum und auftretende Verhaltensprobleme sind bekannt. Jedoch bleiben Bewältigungsversuche und Interventionen der Einrichtung langfristig erfolglos. Die Krise eskaliert und alle pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen scheinen ausgeschöpft zu sein. Aufgrund der aktuellen Ereignisse, kann die Überweisung in die Jugendpsychiatrie nicht wie geplant erfolgen und es kommt auch hier zu einer Krisenintervention, die jedoch vorhersehbar war (vgl. Gintzel/Schone 1989, S.103ff).

Überweisung von der Jugendpsychiatrie in eine Heimeinrichtung

Wenn Kinder und Jugendliche aus der Klinik entlassen werden und nicht in ihre Familie zurückkehren können, geht es darum, einen Lebensort für sie zu finden. Dabei unterscheiden Gintzel und Schone zwischen dem:

1. Muster der Überweisung nach Clearing;
2. Muster der ins Diagnose-/Behandlungskonzept eingebundenen Maßnahmen;
3. Muster der Überweisung aufgrund erfolgloser Therapieversuche und dem
4. Muster der Überweisung nach Erklärung der Nichtzuständigkeit

(vgl. Gintel/Schone 1990, S.37f).

Bei der Überweisung nach Clearing soll die Klinik Ursachen des auffälligen Verhaltens eines jungen Menschen abklären und diagnostizieren. Organische Ursachen sollen dabei ausgeschlossen und der Jugendliche anschließend therapiert werden. Die Jugendpsychiatrie erstellt dann eine Empfehlung für weitere notwendige Hilfemaßnahmen. Wurden familiäre und soziale Ursachen für die Verhaltensauffälligkeiten entdeckt und keine psychische Störung diagnostiziert, erfolgt meist ein Vorschlag für eine geeignete Heimeinrichtung.

Bei dem zweiten genannten Muster führen unerklärliche Verhaltensauffälligkeiten und plötzlich auftretende Kriseninterventionen zur Aufnahme in die Klinik. Dort soll Diagnostik und Behandlung erfolgen. Die Rücküberweisung in die Heimeinrichtung erfolgt einerseits, wenn die Krisensituation überwunden ist und die weitere Behandlung ambulant erfolgen kann und andererseits, wenn das Problem gelöst, bzw. die erfolgreiche Behandlung abgeschlossen ist. Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie sind in diesem Fall gemeinsam für den jungen Menschen zuständig.

Wenn Kinder und Jugendliche sich lange Zeit in der Jugendpsychiatrie befanden und diagnostische und therapeutische Maßnahmen ausgeschöpft sind, bzw. keine Veränderung erzielt werden konnte, kommt es zu der Beendigung des Klinikaufenthaltes. Die Überweisung erfolgt also nach wirkungsloser Therapie. Die Suche nach einer geeigneten Einrichtung gestaltet sich bei diesem Muster oft schwierig und langwierig.

Bei dem letzten Muster erklärt sich die Jugendpsychiatrie aufgrund mangelnder personeller und professioneller Möglichkeiten und Rahmenbedingungen nach erfolgter Diagnostik und Krisenintervention als nicht zuständig. Dies ist häufig der Fall, wenn es sich um extrem dissoziale Jugendliche handelt und sich die Fachkräfte in Wirklichkeit überfordert und hilflos fühlen (vgl. Gintel/Schone 1989, S.122ff).

Des Weiteren erfolgen häufig wechselseitige Überweisungen im Rahmen längerfristiger Eskalation zwischen den Institutionen aufgrund der Unfähigkeit der Fachkräfte, Schwierigkeiten junger Menschen zu durchbrechen (vgl. Gintel/Schone 1990, S.39).

Mit dieser Problematik soll sich im nächsten Abschnitt näher auseinandergesetzt werden.

2.3.4 Abschieben und Ausgrenzen von jungen Menschen als Ursache für institutionelle und problematische Jugendhilfekarrieren

Gintzel und Schone verweisen darauf, dass „viele Lebensläufe von Jugendlichen im Grenzbe-
reich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie ... durch häufige Wechsel zwischen den Instituti-
onen beider Disziplinen [geprägt sind], so dass bei vielen jungen Menschen von Entwurzelung
gesprochen werden kann“ (Gintzel/Schone 1989, S.91). Zu solchen „Grenzfällen“ kommt es,
wie schon erwähnt, besonders dann, wenn Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen
der Jugendhilfe als besonders schwierig, verhaltensgestört oder psychisch auffällig gelten und
somit von einem System ins andere weitergereicht werden (vgl. Fegert/Schrappner 2004, S.20).

Je mehr Schwierigkeiten ein junger Mensch hat oder macht „...umso stärker differenzieren sich
die Entscheidungsprozesse über die richtige Hilfe...“ und umso mehr wird in diesem Zusam-
menhang auch darüber diskutiert, welche Institution als geeignet erscheint. „In diesem Prozess
entwickelt sich fast zwingend eine Fixierung auf das spezifische Defizit des Betroffenen, das
bei jeder Entscheidung über die ausgestellte Diagnose, die angemessene Hilfe und die richtige
Institution immer wieder festgeschrieben wird“ (Bittscheidt 1998, S.33).

Obwohl besonders Sozialarbeiter tagtäglich mit sozialen Problemlagen zu tun haben und dem-
entsprechend über Wissen verfügen, erklären sie sich oft als nicht zuständig, wenn ihre Hand-
lungsstrategien ausgeschöpft sind. Sie neigen dann dazu, Auffälligkeiten und Veränderungen
im Verhalten eines Jugendlichen als krank zu erklären und verweisen an die „höhere Kompe-
tenz“ von Ärzten und Psychiatern. Somit legitimieren sie insbesondere beim Vorliegen von Di-
agnosen nach ICD-10 oder einer Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII Abschiebung und
Ausgrenzung (vgl. Rößler 1990, S.136ff; vgl. Köttgen 2007, S.51).

Zudem werden junge Menschen häufig zu wenig am Hilfeprozess beteiligt und müssen Pädä-
gogik, Therapie und die Machtdominanz der Fachkräfte über sich ergehen lassen, ohne das ver-
sucht wird, herauszufinden, was das Kind eigentlich braucht und möchte. Stattdessen liegt der
Fokus darauf, möglichst genau zu diagnostizieren, welche Störung, Krankheit oder Verhaltens-
probleme der junge Mensch aufweist, um ihn an das „richtige“ Hilfesystem, bzw. einer geeig-
neten Institution zuweisen zu können. Somit wird Fehlverhalten oft falsch gewertet, in Pla-
nungs- und Entscheidungsprozessen werden generalisierte Handlungsmuster angewandt, es
wird zu wenig Bezug auf bisherige Lebenserfahrungen des jungen Menschen genommen und es
folgen ungeeignete Hilfs- und Betreuungsangebote, die das Handeln der Fachkräfte bestimmen.
Umso spezialisierter Angebote sind, desto mehr wird selektiert oder versucht, junge Menschen
in die Institutionen einzupassen. In diesem Zusammenhang gelten Jugendliche auch als immer

schwieriger, weil sie sich gegen Dinge, die sie nicht wollen verweigern und sich nicht zum „Objekt pädagogischer Absichten“ (Späth 1990, S.114) machen lassen.

Folgen des Mangels an bedarfsgerechten und flexiblen Hilfen sind die organisierte Unzuständigkeit der Systeme für „Grenzfälle“, undurchsichtige/falsche Entscheidungen und Reaktionen im Umgang mit komplizierten Jugendlichen und Prozesse des Abschiebens/Verlegens. Wenn ein junger Mensch jedoch gegen seinen Willen von einem Lebensort zum anderen wechselt, ist seine Bereitschaft umso geringer, sich auf erzieherische und therapeutische Prozesse bzw. Veränderungen einzulassen (vgl. Cobus-Schwertner 1990, S.80ff; vgl. Hamberger 2008, S.21ff/S.50; vgl. Gintzel/Schone 1989, S.160f; vgl. Späth 1990, S.112ff).

Aufgrund der Problemorientierung, Etikettierung und Stigmatisierung rücken soziale Situation, Stärken und Bedürfnisse des jungen Menschen in den Hintergrund, Verhaltensprobleme verfestigen sich und die Erziehungshilfekarriere setzt sich immer weiter fort. Wegen der Rat- und Hilflosigkeit der Systeme werden Kinder und Jugendliche zwischen diesen hin und hergeschoben und erleben immer mehr Beziehungsabbrüche (vgl. Bittscheidt 1998, S.33). Spezialisierte Angebote und Einrichtungen (aufgrund des ausgebauten Erziehungshilfenetzes), fehlende Kooperation, unkoordinierte Interventionen der Hilfesysteme und das Existieren paralleler, unverbundener Hilfeformen führen dazu, dass sich die Situation und das Verhalten des Kindes verschlimmern, Institutionen sich als nicht zuständig erklären, junge Menschen weiterverlegt werden und somit Hilfekarrieren entstehen, in denen diese häufig drei oder mehr Hilfestationen durchlaufen müssen (vgl. Rosenbauer 2006, S.39; vgl. Köttgen 2007, S.53; vgl. Hamberger 2008, S.45).

Thimm beschreibt Ausgrenzung dabei als einen Prozess mit verschiedenen Zwischenstufen. So stehen anfangs die Defizite des Jugendlichen im Mittelpunkt und es erfolgt eine Rekonstruktion der institutionellen Hilfeschichte. Aufgrund persönlichkeits-theoretischer Begründungen (Jugendlicher wird als bindungslos, emotional schwer gestört, verwahrlost etc. etikettiert) wird die Einrichtung von der Verantwortung und Schuld des Scheiterns entlastet. Es besteht Hoffnungs-, Sinn- und Aussichtslosigkeit in Bezug auf die weiterführende Betreuung, die auffälligen Symptome erscheinen als nicht aushaltbar. Nach erfolglosen Kooperationsversuchen wird letztendlich die Nicht-Zuständigkeit erklärt und der junge Mensch leidet dann nicht nur unter seinen eigenen Problemen, sondern auch an Fehlaufnahmen, erneuten Bindungsabbrüchen und Etikettierungen, die in den Akten festgehalten sind und in Bezug auf die neue Einrichtung wieder stigmatisierend wirken (vgl. Thimm 1995, S.235; vgl. Freigang 1986, S.171).

Verlege- und Abschiebeprozesse entstehen also, wenn Fachkräfte an ihre Grenzen geraten, in festen Strukturen und Handlungsstrategien gefangen sind und es an flexiblen Hilfeangeboten

mangelt. Somit verursachen sie die negative Entwicklung und den Abstieg des jungen Menschen erheblich mit (vgl. Kühn 1998, S.304). Mit dem Beginn der ersten Beziehungsabbrüche und Einrichtungswechsel, die Jugendliche erfahren, entwickelt sich eine Dynamik, welche weitere Hilfsversuche und deren Beendigung verstärkt und beschleunigt. Hierbei treten unbeabsichtigte Lernprozesse beim jungen Menschen auf, welche Widerstand, Ablehnung und destruktive Verhaltensmuster intensivieren (vgl. Kühn 1998, S.331, vgl. Köttgen/Kretzer 1990, S.102f). Erlebte Erfahrungen und Mechanismen (Ohnmacht, Enttäuschung, Gewalt...) im Leben dieser seelisch verletzten Kinder wiederholen sich. Sie sehnen sich nach echten und standhaften Beziehungen. Sie fixieren sich auf die Institutionen, bei denen sie jedoch immer wieder schmerzhaft Abbrüche erfahren (vgl. Köttgen 1998, S.68f).

Hamberger konstatiert, dass in einigen Fällen das Aufeinanderfolgen unterschiedlicher Hilfestationen auch erfolgreich verlaufen kann, generell hat dies jedoch eher negative Auswirkungen auf die Entwicklung eines jungen Menschen (vgl. Hamberger 2008, S.37). Umso mehr institutionelle Wechsel Kinder und Jugendliche über sich ergehen lassen müssen, umso schwieriger wird es, positive Arbeitsansätze zu entwickeln und Erfolgserlebnisse zu verzeichnen. Beziehungsstörungen, Selbst- und Fremdaggression sowie Gruppenunfähigkeit verstärken sich (vgl. Gintzel/Schone 1989, S.140f).

Um das Abschieben zwischen den Systemen der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie zu verhindern, sollte besonders die Jugendhilfe prüfen, inwieweit Probleme in der eigenen Institution produziert werden, welche eigenen Möglichkeiten und Problemlösungsstrategien entwickelt und ob Grenzen ausgeweitet werden können (vgl. Rößler 1990, S.138). Zudem ist eine regionale, nicht ausgrenzende Angebotsentwicklung und ein ganzheitlicher, integrativer Hilfeansatz notwendig (vgl. Köttgen 2007, S.225). Dazu müssen beide Hilfesysteme effektiv miteinander kooperieren. Welche Kooperationsformen dabei existieren, welche Probleme in der Kooperation auftreten und welche notwendigen Veränderungen diesbezüglich erforderlich sind, wird im Folgenden näher dargestellt.

2.3.5 Kooperationsformen zwischen den Systemen

Gintzel und Schone unterscheiden zwischen unterschiedlich intensiven Kooperationsformen der Fachkräfte. Zum einen existiert die ideale Form, wobei der Kooperationsprozess durch *Verständigung* geprägt ist. Hier finden gemeinsame Gespräche vor, während und nach der Überweisung statt. Beide Disziplinen planen und überlegen gemeinsam und tauschen untereinander Informationen und Erfahrungen aus. Es erfolgt eine gegenseitige Einbeziehung in den weiteren Hilfeverlauf, z.B. durch regelmäßige Gespräche mit der Heimeinrichtung während des Klinik-

aufenthaltes oder die Fortführung einer ambulanten Therapie nach Rücküberweisung in das Heim. Der Jugendliche wird dabei intensiv am Entscheidungsprozess beteiligt. Die Zusammenarbeit ist bei dieser Form insgesamt durch regelmäßige fallübergreifende Kontakte geprägt und es erfolgt eine Beratung und Betreuung durch eine jugendpsychiatrische Fachkraft.

Eine weitere Kooperationsform kennzeichnet sich durch *einmaligen Austausch* zwischen den Fachkräften. Hierbei finden nur ein oder zwei Gespräche statt, um notwendige Informationen auszutauschen. Diesbezüglich geben vor allem Fachärzte ihre Einschätzung an die weiterführende Einrichtung ab. Es erfolgt jedoch keine weitere Einbeziehung, die Klinik wird erst wieder zuständig, wenn es zu einer erneuten Aufnahme kommt.

Eine dritte Kooperationsform lässt sich lediglich durch die *Weitergabe von notwendigen Informationen* charakterisieren. Dies erfolgt häufig über Berichte und Gutachten. Der junge Mensch wird nicht persönlich übergeben. Somit lernen sich die Fachkräfte der Systeme untereinander oft gar nicht kennen. Eine solche Kooperation tritt besonders dann auf, wenn die Rückkehr des Kindes in die Heimeinrichtung nicht erfolgen kann, keine psychiatrische Auffälligkeit ermittelt wurde, Behandlungserfolg ausblieb und keine Verständigung der Fachkräfte zwischendurch erfolgte.

Letztendlich existiert dann noch die „*Nichtkooperation*“, bei der zwischen den Fachkräften noch nicht einmal Informationen ausgetauscht werden. Somit erfährt die aufnehmende Institution fast nichts über die vorangegangene Lebensphase des Klienten. Zu solch fehlender Kooperation kommt es häufig, wenn junge Menschen sich in sogenannten „Zwischenstationen“ aufhalten, z.B. nach ungeplanten Entlassungen. Überweisungen finden hier nicht direkt statt und es entsteht somit kein Kontakt zwischen den Institutionen. Die Weitervermittlung und Informationsübergabe erfolgt dann häufig über die Fachkräfte vom zuständigen Jugendamt (vgl. Gintzel/Schone 1989, S.151ff; vgl. Gintzel/Schone 1990, S.44ff)

2.3.6 Probleme und Grenzen innerhalb der Kooperation

Schon im geschichtlichen Verlauf zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie existierten Missverständnisse, Konkurrenz, Abschottung und Distanzierung (vgl. Blumenberg 1999, S.868). Welche Schwierigkeiten diesbezüglich konkret benannt werden können, soll im Folgenden näher beleuchtet werden.

Unterschiedliche Betrachtungsweisen, fehlender Dialog, Hierarchie- und Machtprozesse

Jedes System besitzt einen eigenen fachlichen Blickwinkel, auffälliges Verhalten von jungen Menschen wird dementsprechend als erziehungsbedürftig oder behandlungsbedürftig angesehen. Diese Zuordnung unterscheidet dann über die Zuständigkeit, Rechtsgrundlage und Kostenübernahme des jeweiligen Systems und darüber, ob das Erziehungs- oder Therapiekonzept angewandt wird. Weiterhin kommen in den Systemen unterschiedliche Terminologien zur Anwendung, was sich einerseits in uneinheitlicher sozialpädagogischer Sprache und andererseits in medizinischer Fachsprache äußert.

Es besteht eine Hierarchie der Systeme, beide haben eine unterschiedliche Definitionsmacht. Nach dem gesellschaftlichen Ansehen steht die Jugendpsychiatrie dabei über der Jugendhilfe bzw. Heimerziehung und die Diagnose des Psychiaters wird höher bewertet als die Beurteilung eines Sozialpädagogen. Dieses Machtgefälle erschwert eine positive Kooperation (vgl. Gintzel/Schone 1989, S.34f). Die Jugendhilfe beneidet die Jugendpsychiatrie dabei teilweise um ein höheres Ausbildungsniveau, höhere Bezahlung und gesellschaftlichen Status. Weiterhin stehen jeweils unterschiedliche Ressourcen zur Verfügung. Diagnostische und therapeutische Verfahren erscheinen in diesem Zusammenhang professioneller zu sein, als die sozialpädagogischen Methoden im Alltag. Zudem ist es der Jugendpsychiatrie im Gegensatz zur Jugendhilfe möglich, sich auf gewisse Problemlagen zu spezialisieren, Ausgrenzung erscheint diesbezüglich als fachlich legitimiert (vgl. Rößler 1990, S.133f).

Feyerabend und Köttgen sehen das Grundproblem der Zusammenarbeit beider Professionen im fehlenden Dialog miteinander, sodass oftmals Informationsdefizite über Arbeits- und Sichtweisen, Setting, Fachsprache, unterschiedliche Hilfsangebote, Möglichkeiten und Grenzen existieren (vgl. Feyerabend 1995, S.158; vgl. Köttgen 1998, S.69). Wenn zudem noch Ambivalenzen dem eigenen oder dem anderen Arbeitsansatz gegenüber bestehen, führt dies schnell zu Konkurrenz (vgl. Blandow 1990, S.11). „Kinder zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie sind mit Scheidungskindern ... gut zu vergleichen. Es herrscht eine vergleichbare Sprachlosigkeit und Konkurrenz zwischen den Einrichtungen der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, es gibt überhöhte Erwartungen an die andere Einrichtung und meist negativ gefärbte Phantasien über die andere Profession“ (Franken 1998, S.114).

Unterschiedliches Krisenverständnis

Ein wesentliches Problem besteht darin, dass beide Disziplinen ein jeweils anderes Krisenverständnis besitzen, das insbesondere bei Unterbringungen in akuten Krisensituationen ersichtlich wird. So ist die Jugendpsychiatrie Krisen und darauf bezogene professionelle Interventionen gewohnt, in Einrichtungen der Jugendhilfe stellen solche Krisen jedoch Grenzsituationen dar, die alle Beteiligten stark belasten und verunsichern. Somit entsteht in der Jugendhilfe auch im Helfersystem eine Krise, die sich in Hilflosigkeit, Bedrohung und Überforderung äußert. Das Jugendamt deutet die angewandte Hilfeform dann oft als falsch oder erfolglos und greift auf Unterstützung anderer Institutionen zurück. In der Jugendpsychiatrie gehört Krisenbewältigung zum normalen und alltäglichen Aufgabenfeld, wobei dort eine Krise als „dringliche Gefahrensituation, die von der Person selbst, bzw. ihrem psychosozialen Umfeld nicht beseitigt werden kann“ (Baving 2002, S.280) angesehen wird. Die Krisenintervention sollte deshalb zeitlich begrenzt, nur auf die Bewältigung der akuten Notsituation bezogen sein und erst erfolgen, wenn Maßnahmen der Jugendhilfe ausgeschöpft sind, Eigen- und Fremdgefährdung und ein überwiegend akut-psychiatrischer Interventionsbedarf (der Jugendliche ein zu behandelndes Krankheitsbild aufweist) bestehen. Die Jugendpsychiatrie kann Krisenfälle, im Gegensatz zur Jugendhilfe, nicht an andere Institutionen weiterleiten. Für die pädagogische Langzeitbetreuung von psychisch gestörten Kindern ist jedoch die Jugendhilfe zuständig (vgl. Fegert/Schrapper 2004, S.17/S.20; vgl. Darius/Hellwig 2004, S.505; vgl. Baving 2002, S.280f).

Unterschiedliche und überzogene gegenseitige Erwartungen

Problematisch sind weiterhin überhöhte, gegenseitige Erwartungen in Bezug auf die Unterstützung des anderen und eine gemeinsame Kooperation. Sie richten sich auf „eine zielgerichtete Koordination von Arbeitsabläufen und -prozessen, sowie auf eine institutionsübergreifende Abstimmung, die ein reibungsloses und produktives Zusammenspiel der Einzelnen ermöglichen soll“ (Fegert/Schrapper 2004, S.17f). Dies schließt jedoch auch wechselseitige Kontrolle und Bewertung der Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit ein und kann dazu führen, dass sich die Arbeitsbereiche in ihrer institutionellen und persönlichen Autonomie eingeschränkt fühlen (vgl. ebenda, S.18). Erwartungen jedoch, die sich zum einen darauf beziehen, dass die Jugendpsychiatrie schnell und heilend wirksam wird (durch eilige Aufnahme, Diagnose und Behandlung) und eindeutige Konzepte im Umgang mit psychisch kranken Kindern an die Jugendhilfe weitergibt und zum anderen, dass die Jugendhilfe nach der Entlassung aus der Klinik sofort ein entsprechendes Angebot (Aufnahme in eine geeignete Heimeinrichtung) bereit hält, sind überzogen und unrealistisch (vgl. Fegert/Schrapper 2004, S.21; vgl. Köttgen 1998, S.85).

Gegenseitige Beanstandungen zwischen den Systemen

Kritisiert wird seitens der Jugendhilfe, dass die Psychiatrie keine konkreten Kriterien hat, wann Jugendliche aufgenommen oder abgewiesen werden. Aus diesem Grund erscheinen Aufnahmeverweigerungen als willkürlich und Mitarbeiter der Jugendhilfe fühlen sich nicht ernst genommen wenn ihnen nicht geglaubt wird, dass es sich wirklich um einen Krisenfall handelt. Hinzu kommt, dass sie sich in Form detaillierter Begründungen für den Unterstützungsbedarf „rechtfertigen“ müssen und häufig lange Wartezeiten bis zur Aufnahme in die Klinik bestehen.

Die Jugendpsychiatrie zweifelt gelegentlich daran, ob es sich um eine richtige Krise oder nur um einen „schwierigen“ Jugendlichen handelt, der aus Überforderung heraus abgeschoben werden soll. So führt Baving an, dass aggressives und dissoziales Verhalten von Jugendlichen nur dann zu einer stationären Krisenintervention in der Jugendpsychiatrie führen sollte, wenn dieses Verhalten in engem Zusammenhang zu einer psychiatrischen Störung steht (vgl. Baving 2002, S.281). Weiterhin kritisiert die Jugendpsychiatrie an der Jugendhilfe, dass ihre Unterstützung oft zu spät eingefordert wird und Jugendliche dann schnell untergebracht werden müssen. Zudem stört es sie, dass Mitarbeiter der Jugendhilfe einerseits den Behandlungsverlauf und therapeutische Maßnahmen kritisch hinterfragen und auf der anderen Seite die Hilfe der Klinik idealisieren, indem sie Behandlungserfolg erwarten. (vgl. Franken 1998, S.113).

Zudem fällt es jugendpsychiatrischen Kliniken oft schwer, den Empfehlungswünschen der Jugendämter und Einrichtungen zu entsprechen. Dabei befinden sie sich in dem Dilemma, dass sie einerseits konkrete Vorschläge in Bezug auf Nachfolgeeinrichtungen unterbreiten und sich andererseits nicht zu sehr in die Aufgabenbereiche der Jugendhilfe einmischen sollen (vgl. Darius/Hellwig 2004, S.508f).

Weitere Probleme in der Kooperation treten auf, wenn:

- Solidarität und Kooperation verwechselt werden (Fachkräfte sollen nicht die gleiche Auffassung vertreten, sondern sich gegenseitig ergänzen und aufeinander aufbauen);
- das Bemühen um Qualitätssicherung als Kritik verstanden wird (dient zur Verbesserung der Handlungs- und Leistungsergebnisse);
- es an eigenständiger Motivation für eine gelingende Kooperation mangelt;
- Absprachen und Kooperationsvereinbarungen unverbindlich gestaltet werden;
- unreflektierte Vorurteile vorherrschen;
- mangelnde Kenntnis der Handlungs- und Entscheidungsstrukturen des anderen Systems besteht;

- eine unklare und unvollständige Informationsvermittlung zwischen beiden Partnern erfolgt;
- Konkurrenzängste und gegenseitige Schuldzuschreibungen beim Scheitern von Hilfsmaßnahmen die gemeinsame Arbeit prägen;
- Verantwortung aufgrund von Handlungsdruck ungerechtfertigt delegiert wird und
- die Kooperationspartner sich nicht als gleich und eigenständig ansehen, ihre Fachlichkeit nicht achten und wertschätzen (vgl. Jungmann 2004, S.571ff).

Schwierigkeiten durch die Betreuung dissozialer jungen Menschen

Besonders im Umgang mit massiv dissozialen Jugendlichen, kommt es in der Kooperation zwischen beiden Bereichen zu Konflikten. Solche junge Menschen sind oft nicht bindungs- und gruppenfähig und können sich auch nicht auf eine therapeutische Beziehung in einer Therapie einlassen. In diesem Fall geraten also beide Systeme an ihre Grenzen und verweisen jeweils auf den Schutz der Mitbewohner/Mitpatienten und des Personals, den sie gewährleisten müssen. Die extrem ausgeprägten Störungen des Sozialverhaltens führen dazu, dass die Institutionen ihre gegenseitigen Erwartungen nicht erfüllen können und der junge Mensch zwischen Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie und Justiz verloren geht. Das bedeutet, dass auch die Jugendpsychiatrie über kein empirisches und wirkungsvolles Behandlungskonzept für dieses Störungsbild verfügt und dissoziale Jugendliche (mit stark externalisierten Störungen) auch in einer Klinik kaum gehalten werden können. Diesbezüglich entfacht oft wieder die Diskussion um eine geschlossene Unterbringung von solchen Kindern und Jugendlichen (vgl. Schmid 2007, S.46f).

Unterschiedliche Zielvorstellungen und fehlender Austausch

Weiterhin problematisch in der Kommunikation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie ist das Verständnis von „Behandlungserfolg“ auf der einen und „Betreuungszielen“ auf der anderen Seite. Während Fachkräfte der Psychiatrie nach der Entlassung die Stabilisierung und Genesung des Patienten voran bringen wollen, möchte die Jugendhilfe, dass der junge Mensch lernt, seine Probleme und Defizite zu akzeptieren und mit ihnen zu leben. Dies führt zu Verständigungsbarrieren und Uneinigkeiten in der Wahl der neuen Einrichtung, da Psychiater oft auf spezielle therapeutische Einrichtungen (am Krankheitsbild orientiert) aus sind, um den weiteren Behandlungsverlauf abzusichern und Sozialpädagogen vorrangig ein lebensweltnahes Betreuungs- Setting schaffen möchten. Zudem kommt es zwischen den Systemen häufig nicht zu einem Erfahrungsaustausch über gemeinsam betreute und behandelte Kinder. Dies führt dazu, dass die Jugendpsychiatrie oft keine Kenntnis über den weiteren Betreuungs- und Entwick-

lungsverlauf eines jungen Menschen besitzt und sich somit auch kein Bild über die Leistungsfähigkeit der Jugendhilfe machen kann (vgl. Franken 1998, S.112ff).

Finanzierungsschwierigkeiten

Ein weiterer Konflikt ergibt sich daraus, dass „der Streit der Professionen...auch einen Streit um die Kostenträger“ darstellt (Lempp 1990, S.23). Vor der Inanspruchnahme einer Hilfeleistung muss die Zuständigkeit der Systeme festgelegt werden und somit eine Zuordnung zum Bereich der Jugendhilfe oder Jugendpsychiatrie erfolgen (vgl. Cobus-Schwertner 1990, S.78). Dadurch, dass sich die Kostenträger (Krankenkasse, Jugendhilfe und Sozialhilfe) in ihrer Zuständigkeit und in einzelnen Behörden überschneiden (insbesondere wenn sich Hilfeleistungen im Grenzbereich zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie befinden), dauert die Klärung der Kostenzuständigkeit oft längere Zeit. Somit kommt es häufig zu langen Wartezeiten beim Übergang von einem in das andere Hilfesystem (vgl. Lempp 1990, S.24; vgl. Darius/Hellwig 2004, S.515).

Letztendlich führt Ader an „In Fallanalysen wird als zentrales Problem deutlich, dass die unterschiedlichen Organisationen im Hilfesystem sich nicht als Gesamtsystem verstehen, das eine gemeinsame Aufgabe...zu bewältigen hat. Stattdessen löst jedes (Sub-)System oftmals nur ‚Teilaufgaben‘, die nicht komplementär, sondern konkurrierend bearbeitet werden“ (Ader 2004, S.444).

2.3.7 Verbesserungsmöglichkeiten für eine effektive Kooperation

Allgemeine Grundsätze für eine gelingende Kooperation

Förderlich für eine gelingende Kooperation zwischen den Systemen sind:

- frühe inhaltliche und verbindliche Absprachen;
- gegenseitiger und fachlicher Austausch;
- konzeptionelle Abstimmung und Verständigung;
- Aufklärung und Informationen über sich verändernde Aufgaben, Situationen, Anforderungen, aktuelle Lage und Bedarf;
- Kennen der Arbeitsweisen, Rahmenbedingungen und Handlungsmöglichkeiten der anderen Profession (könnte dazu beitragen Missverständnisse abzubauen);
- Treffen von Absprachen im Vorfeld bezüglich des Ablaufs einer Krisenintervention, dazu kann eine Kooperationsvereinbarung getroffen werden (vgl. Nützel 2008, Folie 31; vgl. Schepker 2008, Material 1, Folie 81/Folien 26ff; vgl. Köttgen 2007, S.225);

- regelmäßige und wechselseitige Hospitationen, gemeinsame regionale Arbeitskreise und Fachtagungen (für einen intensiven und kontinuierlichen Erfahrungsaustausch, gegenseitiges Kennenlernen etc.);
- Entwicklung integrierter Strategien zum Umgang mit Krisen- und Notsituationen;
- gemeinsame Fort- und Weiterbildungen (Austausch über unterschiedliche Problemdefinitionen und Ideen, Erwerb von Spezialkenntnissen z.B. im besseren Umgang mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen von jungen Menschen);
- wechselseitige Beratung (Erweiterung der Handlungskompetenzen, gegenseitige Unterstützung);
- frühzeitiges und gegenseitiges Involvieren in die Hilfe- und Behandlungsplanung und
- regionale und gemeinsam geplante Angebote, die abgestimmt und miteinander vernetzt werden (vgl. Darius/Hellwig 2004, S.512f; Fegert/Schrappner 2004, S.24; vgl. Gintzel/Schone 1990, S.50; vgl. Köttgen 2007, S.225ff).

Zwischen beiden Systemen müssen klar formulierte Arbeitsaufträge bestehen. Wechsel zwischen den Einrichtungen sollten möglichst reibungslos und unproblematisch gestaltet werden. Dazu müssen beide Disziplinen miteinander kommunizieren und kooperieren. Hilfreich wäre es z.B. Formalitäten im Vorfeld zu klären und bei der Übergabe verbindlich Mitarbeiter zur Verfügung zu stellen, die sich individuell um das Kind kümmern können.

Für die Fortführung von Therapiemaßnahmen muss die Klinik organisatorische und zeitliche Bedingungen schaffen. Hilfreich bei der Zusammenarbeit sind zudem regelmäßige, persönliche und im Vorfeld vorbereitete Übergabegespräche, in denen wichtige Informationen erläutert werden und wobei die Weitergabe von Berichten und Diagnosen erfolgt. Überweisungen sollten zudem nur auf Basis eines Verständigungsprozesses zwischen den Fachkräften erfolgen (vgl. Schepker 2008, Material 5, Folie 85; vgl. Darius/Hellwig 2004, S.512f; vgl. Gintzel/Schone 1990, S.47f; vgl. Gintzel/Schone 1989, S.165).

Eine gemeinsame „Clearingstelle“ könnte „Kompetenzen und Diagnosemöglichkeiten beider Disziplinen sinnvoll und produktiv miteinander verknüpfen“ (Darius/Hellwig 2004, S.513). Damit beide Professionen im Einzelfall kompetent reagieren und handeln können, sollte zudem bereits in der Ausbildung darauf Wert gelegt werden, dass disziplinübergreifendes Wissen vermittelt wird (vgl. ebenda 2004, S.513).

Eine tragfähige und erfolgreiche Kooperation kann letztendlich nur entwickelt werden, „wenn die Fachkräfte zu einem gemeinsamen Fallverständnis kommen und trotz unterschiedlicher Sichtweisen ... eine abgestimmte und systemübergreifende Zielsetzung sowie ein damit ver-

bundenes Handlungskonzept erarbeiten können“ (Kerngruppe des Modellprojektes 2002, S.239).

Spezielle Punkte zur Verbesserung der Kooperation zwischen den Systemen

Bevor überhaupt eine Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie realisiert wird, sollten die Handlungsmöglichkeiten und Ressourcen der Jugendhilfeeinrichtung erkannt und ausgeschöpft werden, um so möglichst eine krisenhafte Unterbringung in der Klinik zu vermeiden. Für die Jugendhilfe ist es deshalb wichtig, sich der eigenen Möglichkeiten und Grenzen bewusst zu werden, ihre sozialpädagogischen Diagnosen gleichberechtigt neben die der Jugendpsychiatrie zu stellen und eigene Kompetenzen, Selbstbewusstsein und Möglichkeiten der Krisenintervention zu entwickeln.

Weitere wesentliche Verbesserungspunkte lauten:

- Hinweise anderer Professionen sollten als Stütze und Erweiterung gesehen und nicht als Abwertung und Kritik der eigenen Kompetenzen gewertet werden (vgl. Schepker 2008, Material 2, Folie 82; vgl. Darius/Hellwig 2004, S.513);
- nach einer Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte eine Wiederaufnahme des Jugendlichen in der Jugendhilfeeinrichtung möglich sein;
- sozialpädagogische Fachkräfte sind auch während des Klinikaufenthaltes in alltäglichen Angelegenheiten (z.B. Besuche, Kleidung, Taschengeld) für den jungen Menschen zuständig und verantwortlich (vgl. Darius/Hellwig 2004, S.513);
- die Jugendhilfe muss ihre Erwartungen in Bezug auf eine Heilung herunterschrauben, da auch die Psychiatrie nicht alle Störungen und Krankheiten schnell und fortdauernd beheben kann (vgl. ebenda, S.508);
- die Jugendpsychiatrie sollte nicht immer erst als letzte Instanz begriffen werden und das Jugendamt auf eine Kooperation schon frühzeitig zurückgreifen, z.B. in Form der Beteiligung an Hilfeplangesprächen;
- die Jugendpsychiatrie muss darüber informiert sein, wer für den jungen Menschen im Jugendamt zuständig ist, um einen kontinuierlichen Ansprechpartner zu besitzen;
- Diagnosen der psychiatrischen Fachkräfte sollten ernst genommen werden (vgl. ebenda, S.514f);
- wenn die Möglichkeit einer ambulanten jugendpsychiatrischen Behandlung besteht, muss die Jugendhilfe ein geeignetes Wohn- und Lebensfeld bereitstellen, sodass Klinikaufenthalte nicht endlos ausgedehnt werden (vgl. Gintzel/Schone 1990, S.49).

Gegenseitige Anerkennung und frühzeitige Zusammenarbeit

Empfehlungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie für die weitere sozialpädagogische Arbeit müssen mit vorhandenen Ressourcen und Mitteln umsetzbar sein und sollten nicht als Vorschriften verstanden werden. Grundlegend dabei ist, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie über die Rahmenbedingungen der Jugendhilfe informiert ist und die Kompetenzen der Jugendhilfe anerkennt, ihre Einschätzungen ernst nimmt, sie als gleichwertige Disziplin betrachtet und akzeptiert, dass die Fallführung in der Verantwortung des Jugendamtes liegt. Für die Jugendhilfe wäre es weiterhin wichtig, dass die Unterstützung durch die Psychiatrie schneller, unbürokratischer und respektvoller geschieht. Um eine erfolgreiche Anschlussversorgung für den jungen Menschen zu organisieren, sollten Diagnosen der Psychiater für Fachkräfte der Jugendhilfe verständlich sein. Die Jugendpsychiatrie sollte insgesamt frühzeitig mit dem Jugendamt zusammenarbeiten, wenn es z.B. darum geht, dass ein junger Mensch nach dem Klinikaufenthalt nicht mehr ins Elternhaus zurück entlassen werden kann und weitere pädagogische Hilfe erforderlich wird. Weiterhin muss die zuständige Fachkraft im Jugendamt regelmäßig über die Entwicklung des Kindes und das weitere Vorgehen informiert werden, sie dient dementsprechend als Ansprech- und Planungspartner (vgl. Darius/Hellwig 2004, S.514; vgl. Gintzel/Schone 1990, S.47f).

Neue Finanzierungsform und gemeinsame Koordinationsstelle

Letztendlich kann die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie auch durch die Übernahme von Kosten, die Unterstützung bei der Umsetzung neuer Ideen und der Gestaltung von Arbeitskreisen und Fortbildungen auf Landesebene unterstützt werden. Weiterhin kann eine „übergeordnete Informations- und Koordinationsstelle“ eingerichtet werden, die Informationen über bestehende psychosoziale Hilfen, Projekte, neue Entwicklungen, Einrichtungen und Angebote liefert und Ansprechpartner für alle Beteiligten darstellt.

Um Zuständigkeitsstreitigkeiten in Zukunft zu verhindern, müsste eine andere Finanzierungsform gefunden werden, sodass eine Hilfeentscheidung unabhängig von gesetzlichen Festlegungen und Kostenträgerschaften erfolgen und eine geteilte Kostenübernahme von Krankenkasse, Sozialhilfe und Jugendhilfe ermöglicht werden kann (vgl. Darius/Hellwig 2004, S.515; vgl. Köttgen 2007, S.227).

Weitere Verbesserungsmöglichkeiten für eine effektive Kooperation:

- Zurückstellung des professionellen Auftrags zugunsten des jungen Menschen (dieser sollte ganzheitlich mit Blick auf seine sozialen Bezüge wahrgenommen werden);
- kritische Reflektion eigenen Handelns;
- gegenseitiger institutionsübergreifender, fallübergreifender Austausch und Übernahme der gemeinsamen Verantwortung für die jungen Menschen;
- klare Regelung der Zuständigkeiten und Versorgungsverpflichtungen;
- Bestehen von Arbeitsbündnisse und Arbeitskreise in Form multiprofessioneller Teams auf regionaler Ebene, um psychosoziale Hilfen für Kinder und Jugendliche effektiv und sozialraumbezogen organisieren und koordinieren zu können;
- institutionelle Vernetzung zwischen den Systemen;
- präzise Verteilung der Aufgaben, Abstimmung mit allen Beteiligten, Realisierbarkeit im Einzelfall;
- Vereinbarung verbindlicher Orte und Zeiten für gegenseitigen Austausch, Fallbesprechungen, Reflexion, Evaluation und Supervision;
- Existieren einer verantwortungsbewussten Gesamtleitung, die alle Leistungen koordiniert und Entscheidungskompetenz besitzt;
- gemeinsame und übergreifende Ziele/Überzeugungen;
- verständliche Diagnosen und Kooperationsvereinbarungen zwischen den Institutionen und Fachkräften;
- Unterstützung der Heimeinrichtungen bzw. pädagogischen Mitarbeiter durch jugendpsychiatrische Fachkräfte und multiprofessionell arbeitende ambulante Beratungsdienste (Begleitung, Fortbildung, Teilnahme an Krisengesprächen etc.) und
- Integration therapeutischer Kenntnisse in den pädagogischen Alltag
(vgl. Kerngruppe des Modellprojektes 2002, S.139ff; vgl. Ader 2004, S.445; vgl. Köttgen 1998, S.244f; vgl. Gintzel/Schone 1990, S.50; vgl. Köttgen 2007, S.225ff).

Eine Zusammenarbeit der Disziplinen sollte in Bezug auf ambulante, stationäre sowie teilstationäre Maßnahmen, Prävention, Konzepte, Aufgaben und Angebote in der Region und Öffentlichkeitsarbeit erfolgen. Die Jugendpsychiatrie sollte diesbezüglich an der örtlichen Jugendhilfeplanung beteiligt werden. Gemeinsame Modellprojekte und interdisziplinäre Praxisforschungsprojekte zwischen den Disziplinen und Systemen könnten zudem zur Weiterentwicklung von sozialen und psychosozialen Hilfen beitragen (vgl. Blumenberg 1999, S.869ff, vgl. Gintzel/Schone 1990, S.50).

3. Therapeutische Heimeinrichtungen als eine Chance für „schwierige“ und psychisch kranke junge Menschen

Nachdem beleuchtet wurde, wie sich die Zusammenarbeit von Sozialarbeitern und Therapeuten zwischen den Institutionen der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie gestaltet, soll nun näher untersucht werden, wie die Professionen innerhalb einer Einrichtung zusammenwirken können. Diesbezüglich werden sicherlich Parallelen auftreten und trotzdem neue Perspektiven und Probleme ersichtlich werden. Zu Beginn soll erst einmal dargestellt werden, warum und wann therapeutische Heimerziehung notwendig wird, welchen Sinn sie im Umgang mit schwierigen und kranken jungen Menschen aufweist, welche Ziele dabei verfolgt werden, was überhaupt Therapie in Heimeinrichtungen bedeutet, welche Ansätze dabei existieren und wie sich in diesem Zusammenhang ein therapeutisches Milieu herstellen lässt.

Vorweg soll darauf hingewiesen werden, dass in den folgenden Kapiteln auch mit älterer Lektüre gearbeitet wird, da die Diskussion über das vorliegende Thema sehr nachgelassen hat und sich aktuell nicht viel in der Literatur dazu finden ließ. Dies muss im Bezug auf die Betrachtung der dargestellten Inhalte beachtet werden.

3.1 Prävalenz psychischer Auffälligkeiten/Störungen von Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe

Schmid hat in seiner Untersuchung 689 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 4 und 18 Jahren in Heimen untersucht. Dabei lag die Verteilung auf 480 Jungen und 209 Mädchen. Die meisten Jugendlichen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung 13 bis 18 Jahre alt. An der Untersuchung nahmen 20 unterschiedliche stationäre Jugendhilfeeinrichtungen in Baden-Württemberg teil. Der Durchschnittsaufenthalt der Kinder in den Heimen lag bei 2 Jahren (vgl. Schmid 2007, S.81). Dabei konnten bei 60 % der jungen Menschen klinische Diagnosen der Kinder- und Jugendpsychiatrie festgestellt werden. Psychische Störungen stellen oft den Grund zur Aufnahme in einer Heimeinrichtung dar. Deshalb geht es neben Erziehungshilfe auch um Therapie, welche oft nicht ausreichend vorhanden ist. Eine strikte Trennung von Erziehung und Therapie macht somit zunehmend weniger Sinn.

3.1.1 Heimkinder als Hochrisikopopulation

Kinder und Jugendliche, die in Heimeinrichtungen leben, waren in ihrer Vergangenheit häufig extremen psychosozialen Belastungen und schwierigen Lebenssituationen ausgesetzt (z.B. zerrüttete Familienverhältnisse und massive Konflikte, schlechte Wohnverhältnisse, Scheidung der Eltern, traumatische Erfahrungen wie Misshandlung und Vernachlässigung etc.).

Das Zusammentreffen mehrerer Risikofaktoren erhöht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. Insbesondere frühkindliche Vernachlässigung, negative psychosoziale Lebensbedingungen und Traumatisierungen aufgrund sexuellen und körperlichen Missbrauchs, niedrige soziale Schicht und Armut sind erhebliche Risiko- und Entstehungsfaktoren für psychische Störungen.

Die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung steht in engem Zusammenhang mit traumatisierten Kindheitserlebnissen. Aufgrund frühkindlicher Vernachlässigung und Misshandlung können gravierende Bindungsstörungen entstehen. Emotionale Kälte und körperliche Misshandlung wirken sich auf die Fähigkeit der sozialen Informationsverarbeitung aus und führen häufiger zu Aggressionen bei jungen Menschen. In Folge des Konsums von Nikotin und Alkohol in der Schwangerschaft können Störungen in der kognitiven Entwicklung entstehen und die Bildung von externalisierten Störungen bei Kindern erhöht sich (vgl. Schmid 2007, S.21ff). Misshandlung und Vernachlässigung treten selten isoliert auf. Meist bestehen mehrere Risikofaktoren, die sich innerhalb eines „dysfunktionalen Familiensystems“ bedingen (ebenda, S.24). Die Wahrscheinlichkeit, dass sexuell missbrauchte und körperlich misshandelte Kinder an einer psychischen Störung erkranken, ist laut Schmid um 12 Mal höher, als dies in der Allgemeinbevölkerung der Fall ist. Auch begehen solche Kinder bis zu 5 Mal höher Suizidversuche (vgl. ebenda, S.24).

Weiterhin macht Schmid darauf aufmerksam, dass Heimkinder besonders häufig psychisch kranke Elternteile besitzen, wobei besonders Suchterkrankungen und Depressionen auftreten. Kinder solcher Eltern erkranken oft (und häufiger als andere) selbst an psychischen Störungen aufgrund der genetischen Veranlagung, schwierigen Bindungs- Erfahrungen und Sozialisationsbedingungen, die sie in diesem Kontext erlebt und aufgegriffen haben. Weiterhin müssen sie oft schon früh lernen sich selbst, Geschwister und die Eltern zu versorgen bzw. Verantwortung zu übernehmen. Kinder alkoholsüchtiger Eltern beginnen oft selbst früh Alkohol zu trinken und abhängig zu werden (vgl. ebenda, S.25f).

Psychisch belastend für junge Menschen gestalten sich häufig auch der Hilfeprozess und die damit einhergehende Trennung von der Familie, das Scheitern von Jugendhilfemaßnahmen und

der Wechsel von Bezugspersonen. Psychische Störungen (besonders im Sozialverhalten) führen häufig zum Abbruch und Scheitern von Hilfemaßnahmen und zum Wechsel von Heimeinrichtungen. Somit haben die Jugendlichen oft keine Chance, Stabilität und Kontinuität zu erfahren. Sie befinden sich in einem Kreislauf zwischen Aufnahme/Bindungsaufbau und Ausstoßung/Bindungsabbruch, der bereits schon erläutert wurde. Aufgrund der Überforderung der Helfer besteht nach Schmid ein erhöhtes Risiko, dass Kinder und Jugendliche erneut misshandelt oder missbraucht werden. Psychodynamische Re- Inszenierung, unbewältigte Traumata, Distanzlosigkeit und sexualisierendes Verhalten des Kindes begünstigen dies (vgl. ebenda, S.27). Eine emotional stabile und anhaltende Beziehung zu einer Bezugs- oder Erziehungsperson, höhere Intelligenz, soziale Unterstützung und positive Erfahrungen gelten als schützende Faktoren, die verhindern können, dass Kinder und Jugendliche psychisch erkranken (vgl. ebenda, S.28).

3.1.2 Therapie- und Behandlungsbedarf

Viele Jugendliche in Heimeinrichtungen waren bereits schon ein- oder mehrmals in der Psychiatrie. Häufig erlebten sie dortige psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungsangebote jedoch als wenig hilfreich. Zudem erkennen viele junge Menschen keine Notwendigkeit zur Therapie oder haben Angst als psychisch krank stigmatisiert zu werden, sodass es schwer fällt, sie zu einer Behandlung zu motivieren. Somit kann sich eine psychische Störung chronisch manifestieren, was besonders häufig in Unterschichtfamilien (die mit multiplen Problemlagen belastet sind) eintritt. Diese nehmen seltener unterstützende und präventive Angebote wahr und brechen ambulante Therapien häufiger ab (vgl. Schmid 2007, S.38f/S.43).

Schmid bezieht sich auf die Untersuchung von Burn et al. (2004), welche eine große Versorgungslücke in der psychiatrischen Unterstützung von verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen beschreibt. Demnach wird nur jedes vierte Kind kontinuierlich betreut. An dieser Stelle wird auch hier eine enge Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie und frühzeitige Diagnostik und Behandlung von psychisch belasteten sowie verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen in Heimeinrichtungen gefordert (vgl. ebenda, S.41).

Sozialarbeiter im Jugendamt wissen oft über den Kinder- und jugendpsychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlungsbedarf von jungen Menschen, aber nur wenige leiten daraufhin eine entsprechende Hilfe ein. Ursachen hierfür liegen in Überlastung der Mitarbeiter, fehlenden Behandlungsmöglichkeiten und in Instabilität und Wechsel der Jugendhilfemaßnahmen (vgl. ebenda, S.42).

Auch Schmid stieß in seiner Untersuchung auf eine Kinder- und jugendpsychiatrische Unterversorgung. 49,3 % der Heimkinder erhielten eine psychosoziale/psychiatrische Behandlung, die meist durch den psychologischen Fachdienst der jeweiligen Einrichtung erfolgte. So wurden in diesem Rahmen 18,5 % der Kinder und Jugendlichen mit einer ICD-10-Diagnose behandelt. Am zweithäufigsten erfolgte mit 16,6 % eine ambulante jugendpsychiatrische Behandlung. Nur 11,7 % erhielten eine ambulante Psychotherapie und 2,6 % befanden sich in teilstationärer Kinder- und Jugendpsychiatrischer Behandlung (vgl. ebenda, S.105f/S.129).

Es besteht ein Mangel an Kinder- und Jugendlichenpsychologen- und Psychotherapeuten. Weiterhin herrschen lange Wartezeiten vor, sodass die Jugendhilfeeinrichtungen therapeutische Fachkräfte in Krisensituationen oft schon gar nicht mehr kontaktieren. Weiterhin dürfen Psychologen in Fachdiensten der Einrichtungen oft keine Psychotherapie durchführen, da aufgrund des Psychotherapeutengesetzes eine strikte Trennung zwischen psychologischer Beratung und Psychotherapie besteht. Zudem werden psychologische Fachdienste oft abgebaut und durch sozialpädagogische ersetzt. Die vorhandenen Psychologen/Psychotherapeuten können den notwendigen Bedarf von kontinuierlicher Begleitung und Betreuung junger Menschen nicht decken (vgl. ebenda, S.141ff).

Auch die medikamentöse Behandlung erwies sich in der Untersuchung von Schmid als massiv gering, im Vergleich zu psychisch belasteten Kindern aus der Allgemeinbevölkerung. Ursachen dafür sieht Schmid in geringem Wissen der pädagogischen Mitarbeiter über psychopharmakologische Behandlung und in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Unterversorgung. Medikamentöse Behandlung erfolgt vorrangig bei externalisierten Störungen und hyperkinetischen Verhaltensproblemen. Kinder mit multiplen Verhaltensauffälligkeiten lassen sich schwerer mit Medikamenten behandeln. (vgl. ebenda, S.129/S.143ff).

3.1.3 Bedingungsfaktoren und Prävalenz psychischer Störungen

Äußere Rahmenfaktoren

In der Studie von Schmid kamen 59 % der Kinder aus Familien, in denen die Eltern getrennt lebten, bei 7 % haben die Eltern nie zusammengelebt, bei 5 % war der Vater unbekannt, bei 10 % war ein Elternteil gestorben und in 19 % der Fällen lebten die Eltern noch zusammen. 44,4 % der Heimkinder besuchten Sonderschulen oder das Berufsvorbereitungsjahr. Die häufigsten Schulformen waren die Hauptschule und die Schule für Erziehungshilfe. 3 % der Kinder waren ausgeschult und hatten keinen Schulabschluss. Weniger als 8 % der Jugendlichen besuchten höhere Schulen (vgl. Schmid 2007, S.82).

29,6 % der Jugendlichen lebten schon vorher in einer stationären Jugendhilfemaßnahme, 13,9 % in einer Pflegefamilie, 18,7 % besuchten die Tagesgruppe. Bei 35 % der untersuchten Kinder erfolgten vorher keine Hilfen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz und bei 33,8 % wurden schon andere Hilfen nach § 27ff SGB VIII erbracht.

Der Großteil der Kinder war gemäß § 34 SGB VIII untergebracht, nur 12,5 % erhielten (trotz dem hohen Auftreten psychischer Störungen) Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII (vgl. ebenda, S.85f). Daraus, dass in der Praxis kaum auf den § 35a SGB VIII zurück gegriffen wird, schließt Schmid, dass pädagogische und medizinische Professionen bei der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII zu wenig zusammenarbeiten und Kinder- und Jugendpsychiater- und Psychotherapeuten zu wenig in den Hilfeprozess eingebunden werden (vgl. ebenda, S.130). Der § 35a SGB VIII kommt stärker im ambulanten Bereich bei Mittelschichtfamilien zur Geltung, da die Eltern dort informiert sind und sich die entsprechende Hilfe einfordern. Schmid konstatiert, dass es dementsprechend in der Praxis weniger um die tatsächliche psychische Belastung eines Kindes, sondern um die Hinzuziehung eines Jugendpsychiaters und einer jugendpsychiatrischen Diagnostik geht, worin das Jugendamt oft keine Notwendigkeit sieht. In der Praxis unterscheidet sich die Unterbringung nach § 35a SGB VIII nur von § 27 SGB VIII in Verbindung mit § 34 SGB VIII wenn individuelle Zusatzleistungen erfolgen oder wenn eine Grundlage benötigt wird, um den Bedarf für eine „Intensivgruppe“ zu begründen. Es wäre jedoch wichtig, zu Beginn einer stationären Jugendhilfemaßnahme eine gemeinsame Falldefinition, Diagnostik und Behandlungsansätze zu entwickeln um sicherzustellen, dass das Kind sich in einer angemessenen Einrichtung befindet und somit Abbrüche von Heimunterbringungen und Beziehungen vermieden werden können (vgl. ebenda, S.146f).

Gesamt - Prävalenz psychischer Störungen in Heimeinrichtungen

Jugendliche in stationären Einrichtungen erwiesen sich als psychisch sehr belastet. Insgesamt wurde in der Untersuchung von Schmid eine Prävalenz von 59,9 % (61,3 % mit Einbezug geistiger Behinderung) der psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe ermittelt (vgl. ebenda, S.102f). In der Studie von Meltzer et al. 2003 lag die Prävalenz bei 68 %. Die wirkliche Prävalenz lässt sich noch höher schätzen, da nicht alle Diagnosen in der Untersuchung anhand der angewandten Verfahren erfasst werden konnten. Schmidt schätzt die Prävalenz der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen, die in Heimeinrichtungen leben schließlich auf zwischen 60 und 70 %. Heimerziehung ist somit die kostenintensivste Hilfemaßnahme der Jugendhilfe, in der sich Kinder und Jugendliche mit der stärksten psychosozialen Belastung und dem größten Hilfebedarf befinden (vgl. Schmid 2007, S.134f). Auf ganz Deutschland bezogen,

ergibt sich daraus, dass 60 % der Heimkinder psychisch krank sind. Sie wiesen vier Mal mehr Störungen auf, als Kinder in der Allgemeinbevölkerung. Dabei überwiegen externalisierte Störungen (vgl. ebenda, S.136).

Aufgeschlüsselte Prävalenz einzelner Diagnosen

In der Studie von Schmid wiesen 59,9 % der Jugendlichen mindestens eine ICD-10-Diagnose auf. 37,7 % zeigten sogar mindestens zwei ICD-10-Diagnosen. Bei sechs Kindern konnte eine geistige Behinderung festgestellt werden. Aufgeschlüsselt ergab sich:

- bei 18,9 % der untersuchten Kinder lag keine psychische Störung und kein auffälliges Verhalten vor;
- bei 19,9 % konnte keine psychische Störung, jedoch auffälliges Verhalten ermittelt werden;
- 26,0 % zeigten eine Störung des Sozialverhaltens;
- 22,0 % hatten eine Hyperkinetische Störung;
- bei 2,0 % lag ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) vor;
- 10,4 % litten an einer Depression;
- bei 4,0 % äußerten sich Angststörungen;
- 0,4 % zeigten Essstörungen;
- bei 8,8 % lag Substanzmissbrauch vor;
- 6,0 % zeigten Enuresis;
- 1,8 % hatten Enkopresis,
- bei 1,8 % wurde eine Ticstörung ersichtlich und
- 1,4 % wiesen eine Intelligenzminderung auf (vgl. ebenda, S.102f).

Die Untersuchung ergab mit 37,7 % der Kinder, die mindestens an zwei Störungen litten, eine hohe Komorbidität (weite Verbreitung) von komplexen und schwer zu behandelnden Störungsbildern (vgl. ebenda, S.129). Junge Menschen leiden also an einer Bandbreite von psychischen Auffälligkeiten. Schmid schätzt ein, dass die meisten Jugendlichen an erheblichen Bindungsstörungen erkranken, die sich durch unterschiedliche Symptome äußern und schlecht in spezifischen Diagnosen beschrieben werden können. Solche Kinder können keine Beziehungen eingehen und Emotionen schlecht erkennen, verarbeiten und regulieren (vgl. ebenda, S.137f).

Jungen neigen in Heimeinrichtungen stärker zu externalisierten, Mädchen eher zu internalisierten Störungen (noch stärker als dies in der Allgemeinbevölkerung auftritt). Jungen fallen also

häufiger durch aggressives und delinquentes Verhalten sowie höhere Aufmerksamkeitsprobleme auf, Mädchen erscheinen eher ängstlich und depressiv (vgl. ebenda S.115ff/S.97).

Es konnte festgestellt werden, dass ein Fünftel der Jugendlichen in allen Unterskalen der Child Behavior Checklist maximal belastet sind (vgl. ebenda, S.143).

Weitere Beeinträchtigungen

Bei sehr vielen untersuchten Jugendlichen ergab sich zudem, dass das psychosoziale Funktionsniveau deutlich beeinträchtigt war. Besonders eingeschränkt erschien die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen im schulischen Bereich. Jugendliche die schon vorher in anderen stationären Einrichtungen untergebracht waren, erwiesen sich als belasteter und auffälliger (vgl. Schmid 2007, S.130). Bei einem Drittel der Jugendlichen erfolgten bereits Einrichtungswechsel. Junge Menschen mit vorangegangenen Heimaufenthalten zeigten auffälliger Werte in den klinischen Fragebögen. Hier kommt es zu Überforderung der Mitarbeiter, Rückführungen scheitern häufiger und die Heimwechsel verstärken die Symptomatik und Bindungsstörungen der Kinder und Jugendlichen.

Weiterhin wurde ersichtlich, dass viele junge Menschen in Heimeinrichtungen erhebliche Teilhabebeeinträchtigungen aufweisen und deshalb Förderung in verschiedenen Bereichen benötigen. Die meisten Probleme erwiesen sich im schulischen Bereich, was nach Schmid nicht verwundert, wenn man die hohe Rate an Sonderschulbesuchen betrachtet (vgl. ebenda, S.132f). Weiterhin unterliegen viele Jugendliche der Gefahr, in ihrer weiteren Entwicklung an einer schweren Persönlichkeitsstörung und Substanzabhängigkeit zu erkranken (vgl. ebenda, S.139).

3.1.4 Bedeutung der Ergebnisse für die Jugendhilfe

Regeleinrichtungen stoßen bei psychisch hoch auffälligen und belasteten Jugendlichen an ihre Grenzen und können häufig trotz großer Anstrengung keinen Zugang zu den jungen Menschen erlangen und somit keine Fortschritte erreichen (vgl. Schmid 2007, S.157).

„Intensivgruppen“ sind sinnvoll, wenn sie einerseits störungsspezifisch und altersgleich konzipiert sind und andererseits pädagogische Konzepte für einzelne Störungsbilder entwickelt, analysiert und evaluiert haben. Es existieren wenige Leitlinien für den Umgang mit spezifischen Störungsbildern. Schmid empfiehlt an dieser Stelle, dass Jugendpsychiatrien und therapeutische Heimgruppen ihr Wissen mehr auf Regelgruppen übertragen sollten (vgl. ebenda, S.160). Weiterhin plädiert er für den Aufbau eines integrierten Versorgungssystems in Form kontinuierlicher Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe, um somit „die Kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Versorgung die-

ser Hochrisikopopulation zu verbessern“ (ebenda, S.161). „Eine langfristige Verbesserung der Lebenssituation von psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe sowie eine Förderung ihrer Chancen zur Teilhabe an unserer Gesellschaft lässt sich wohl nur durch eine intensivere und kompetentere Kooperation von allen beteiligten Institutionen und Berufsgruppen erreichen“ (ebenda, S.177).

Zur Verbesserung der Kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung müssen „spezifische Angebote an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe für diese Hochrisikogruppe entwickelt werden“ (ebenda, S.181). Schmid beurteilt in diesem Zusammenhang mischfinanzierte Gruppen (finanzielle Beteiligung von Krankenkasse und Jugendhilfe) als positiv, um Jugendlichen somit langfristig ein kontinuierliches Lebensumfeld zu bieten, eine notwendige Behandlung zu ermöglichen und Beziehungs- und Behandlungsabbrüche zu vermeiden. Vorteile sieht er dabei in der höheren Beziehungskontinuität zu Bezugspersonen in der Milieuthérapie und in einer höheren Behandlungskontinuität mit ärztlichem und therapeutischem Personal (vgl. ebenda, S.162).

Kinder- und jugendpsychiatrisches Wissen sollte anhand frühzeitiger Diagnostik und Behandlung von Anfang an in den Hilfeprozess integriert werden, um so in Kooperation aller Beteiligten ein langfristiges und erfolgreiches Behandlungskonzept erarbeiten zu können. Dies empfindet Schmid als besonders wichtig, denn je später interveniert wird, umso geringer verlaufen Interventionen erfolgreich. Außerdem soll auf diesem Wege ambulante Krisenbewältigung und ein geeignetes Jugendhilfe - Setting realisiert werden können. Zudem könnten Kosten eingespart werden, da scheiternden Hilfeangeboten und Einrichtungsabbrüchen entgegen gewirkt werden würde (vgl. ebenda, S.170f). Letztendlich verdeutlicht Schmid, dass störungsspezifisches, bzw. Kinder- und jugendpsychiatrisches Grundwissen in die pädagogischen Konzepte im Alltag von Heimeinrichtungen übertragen werden sollte (vgl. ebenda, S.174).

Junge Menschen, die sich in der Heimerziehung befinden, stellen also eine psychiatrische Risikogruppe dar. Dies bedeutet, dass sie sowohl pädagogische, als auch therapeutische Unterstützung benötigen. Dazu ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen notwendig (vgl. Schleiffer 2001, S.225).

3.2 Therapeutische Heimerziehung

In therapeutischen Heimeinrichtungen werden ausschließlich schwierige und problembelastete junge Menschen untergebracht (vgl. Kellerhaus 2003, S.81).

„Therapeutische Heimerziehung gewährleistet für seelisch kranke und von seelischer Behinderung bedrohte und belastete Kinder, für verhaltensauffällige und erziehungsschwierige, für dissoziale junge Menschen ein Lernfeld für erweiternde und korrigierende Erfahrungen und sichert darüber hinaus durch die Einbeziehung der Herkunftsfamilien eine über die akute Entlastung hinaus gehende Entwicklung von Stärken und Ressourcen“ (Flosdorf 2003, S.379).

3.2.1 Ziele und Zielgruppen therapeutischer Heimeinrichtungen

In therapeutischen Heimeinrichtungen werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen, seelischen Behinderungen, psychiatrischen Symptomen, Suchtproblemen, psychosozialen und psychosomatischen Auffälligkeiten, Verhaltensauffälligkeiten bzw. -störungen, Sozial- und Integrationsproblemen, Erziehungsdefiziten, traumatischen Erfahrungen, Persönlichkeitsstörungen, Entwicklungsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen etc. aufgenommen. Einige Einrichtungen integrieren auch geistig und körperlich behinderte Kinder in ihr Konzept. Viele Einrichtungen setzen konzeptionell einen Schwerpunkt auf eine bestimmte Zielgruppe und konzentrieren sich somit auf spezielle Störungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen), sind geschlechtsspezifisch entwickelt (z.B. reine Mädchengruppen) und legen auch eine bestimmte Altersgruppe fest (z.B. 14-18 Jahre). Insgesamt leben in therapeutischen Jugendhilfeeinrichtungen Kinder und Jugendliche, die einen erhöhten heilpädagogischen und therapeutischen Bedarf aufweisen und einer intensiven Betreuung, Förderung, Erziehung und Therapie bedürfen (vgl. Konzeptionen der Heimeinrichtungen im letzten Kapitel).

Wie in jeder Heimerziehung, soll auch in einer therapeutischen Heimeinrichtung ein „gelingender Alltag“ ermöglicht werden, wozu förderliche Bedingungen und die Erfüllung primärer Bedürfnisse notwendig sind. Im Spannungsfeld zwischen Individualisierung und Spezialisierung und zwischen Erziehung und Therapie soll einerseits der Alltag im Heim gemeinsam organisiert und gestaltet und auf der anderen Seite Konflikte und psychische Störungen bearbeitet und abgebaut werden (vgl. Flosdorf 2003, S.379f).

„Das therapeutische Heim will schwer verhaltensauffälligen und seelisch kranken Kindern und Jugendlichen ein räumlich verdichtetes Feld für korrigierende und erweiternde Erfahrungen und insbesondere im Umgang mit den heilpädagogisch und therapeutisch qualifizierten MitarbeiterInnen im Erlebnisfeld der Klein- und Großgruppe gewährleisten“ (Flosdorf / Hetterich /

Mahlke 2003, S.390). Verfestigte und dysfunktionale Verhaltenstörungen junger Menschen sollen also durch korrigierende und erweiternde Erfahrungen abgebaut und neue alternative Verhaltensweisen erlernt werden (vgl. Flosdorf 2003, S.407).

3.2.2 Voraussetzungen für erfolgreiche therapeutische Heimerziehung

Da gewöhnliche Heimerziehung in Regelgruppen im Umgang mit psychisch kranken und verhaltensgestörten jungen Menschen an ihre Grenzen stößt (besonders bei komplexen Störungen und stark ausgeprägten dissozialen Verhaltens), werden intensive Betreuung, speziell weitergebildete Mitarbeiter, besserer Mitarbeiterschlüssel, stärkere Einbeziehung von psychotherapeutischen Angeboten und eine enge Kooperation zwischen Jugendhilfeeinrichtung und Jugendpsychiatrie oder eines ambulanten Psychotherapeuten notwendig (vgl. Schmid 2007, S.57).

Eine wesentliche Grundlage für therapeutische Heimerziehung beschreibt Flosdorf in der „heilpädagogischen Beziehungsgestaltung“. Demnach ist es wichtig, dass die Mitarbeiter Probleme und Lösungsstrategien der Kinder erkennen, „durch das Medium ihrer Person“ reagieren und ihnen somit neue positive Erfahrungen ermöglichen. Weiterhin stellt die heilpädagogische Raumgestaltung einen wesentlichen Faktor dar. Sie sollte sich nach den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen richten (vgl. Flosdorf 2003, S.35).

Um pädagogisch und therapeutisch professionell und effektiv wirksam zu werden, sind ein interdisziplinäres Team mit fachkompetenten Mitarbeitern und spezielle räumliche und materielle Rahmenbedingungen notwendig (vgl. Patzelt 2003, S.173). Diesbezüglich ist eine gemeinsam integrierte Konzeption erforderlich, an der sich alle Tätigkeiten innerhalb der Einrichtung orientieren sollten. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen sollte gleichberechtigt, kollektiv und reflektiert erfolgen und in regelmäßigen Besprechungen und Supervisionen münden. Die Fachkräfte müssen gemeinsam die Verantwortung für die Gestaltung der Abläufe und Handlungen im Heim und für das Wohlergehen der Kinder tragen.

Erzieher müssen in ihrer Gruppe Autonomie behalten und über alltägliche Angelegenheiten entscheiden dürfen. Hierarchie und Machtstrukturen sollten generell vermieden werden. Wesentliche Entscheidungen müssen vom gesamten Team besprochen und beschlossen werden. Fachdienste sollten neutral bleiben und keine Leitungs- und Entscheidungsfunktion besitzen. Grundlegend ist eine flexible und gleichberechtigte Kooperation der Professionen und Mitarbeiter innerhalb der Einrichtung. Auch das Recht der Kinder auf Mitbestimmung und Intervention darf nicht untergraben werden (vgl. Blum-Maurice/Wedekind 1979, S.99f/S.102).

3.2.3 Therapie in der Heimerziehung

Ziele von Therapie in Heimeinrichtungen

Therapie kann für die Heimerziehung eine Stütze sein, wenn sie hilft, das Alltagsgeschehen in der Heimerziehung transparent zu gestalten und in besonders schwierigen Situationen Hilfe und Unterstützung anbietet (vgl. Thiersch 1979, S.20). Therapeutische Konzepte in der Heimerziehung dienen als „Verständnis- und Strukturierungshilfe“, um den pädagogischen Alltag besser bewältigen zu können. Weiterhin wirken sie unterstützend im Umgang mit sehr schwierigen jungen Menschen (vgl. ebenda, S.12). Therapien orientieren sich an Alter, Lebensgeschichte, aktueller Situation und Stabilität der Kinder.

Therapieziele dabei sind korrigierende, positive, heilende Erfahrungen und die Stärkung der Ich-Kräfte (vgl. Weiß 2003, S.119f). Psychotherapie im Heim kann weiterhin dazu dienen, die Lebensgeschichte von Kindern und Jugendlichen zu verstehen, ihnen individuelle Anerkennung zu vermitteln, verfestigte Blockierungen und Störungen im Alltag abzubauen, soziale Prozesse zu ermöglichen und sie dabei zu unterstützen, Handlungsfähigkeit zu entwickeln (vgl. Blum-Maurice/Wedekind 1979, S. 101). Des Weiteren kann Therapie in stationären Einrichtungen Bedingungen schaffen, die es den jungen Menschen und ihren Familien ermöglichen, einen neuen Sinn zu erkennen und dementsprechend anders handeln zu können. Somit können negative Selbstkonzepte und verfestigte Glaubensannahmen verändert und alternative Verhaltensweisen und Lernmöglichkeiten aufgezeigt werden (vgl. Durrant 1996, S.30).

Stellung und Bedeutung von Therapie im Verhältnis zur Erziehung

Therapie kann Erziehung nicht ersetzen. „Therapien können einen gelingenden Hilfeprozess mit unterstützen, aber nicht an dessen Stelle treten. Sie als Voraussetzung oder Bedingung einer Jugendhilfemaßnahme anzugeben, ist für die weitere Entwicklung schwieriger und gefährdeter Jugendlicher kaum hilfreich“ (Rätz-Heinisch 2005, S.310). Therapie ist also ein Teil des stationären Prozesses und des erzieherischen Auftrages der Heimerziehung. Sie muss sich in die Gesamtkonzeption der Heimeinrichtung eingliedern und bietet die Möglichkeit Informationen auszutauschen, Erfolge zu besprechen und weitere Ziele zu bestimmen (vgl. Flosdorf 1980, S.50; vgl. Durrant 1996, S.222). „Dies bedeutet, dass die therapeutischen Ansätze von den Erziehern des Heimes mitgewollt und mitgetragen werden und das umgekehrt die Therapeuten die erzieherischen Aktivitäten berücksichtigen und unterstützen“ (Flosdorf 1980, S.50). Die Erziehung im Heim hat also Vorrang vor therapeutischen Angeboten, jedoch sollte „die Jugendhilfe mit Fachleuten ausgestattet sein, die Kinder an ihren Lebensorten stützen, therapieren und stabilisieren“ können (Köttgen 1998, S.21).

Integration der Therapie in die Gesamtkonzeption des Heimes

In Heimeinrichtungen kann der gesamte Kontext der Konzeption als Therapie betrachtet werden und nicht nur die offizielle Therapiesitzung. Therapeutische Heimerziehung stellt also einen integrierten Prozess dar, der jeden Aspekt des alltäglichen Lebens nutzt, um Stärken, Ressourcen und Kompetenzen der jungen Menschen zu erkennen und zu unterstützen. Oft sind Jugendliche auch eher bereit, sich auf integrierte Therapie im Alltag einzulassen, anstatt auf separierte Therapiesitzungen. Die wichtigste Behandlung kann somit in alltäglichen Situationen und Interaktionen zwischen Mitarbeitern und Kindern stattfinden (z.B. beim Essen, Schlafen gehen, spielen etc.). Dies wird oft unterbewertet, hat nach Durrant jedoch wesentliche Bedeutung, da Probleme besonders im alltäglichen Leben auftreten und oft auch dort gelöst werden müssen. Einzel- Gruppen- und Familientherapien, die in therapeutischen Heimen angeboten und durchgeführt werden, dienen als Teil des gesamten Ablaufs, bzw. der gesamten Konzeption. Wichtig ist es, die Eltern zu partizipieren, da auch sie über Ressourcen und Fähigkeiten verfügen. Sie sollten als Teil des Hilfe/Therapieprozesses agieren. Hierbei ist wiederum Kooperation notwendig (vgl. Durrant 1996, S.210f/S.53). Auch Weiß verdeutlicht, dass das Bezugssystem des jungen Menschen bei der Therapie berücksichtigt werden und in das alltägliche Leben des Kindes integriert werden sollte. „Eine therapeutische Unterstützung bei der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen kann nur hilfreich sein, wenn sie sorgfältig als Teil im gesamten Hilfeprozess eingebettet ist“ (Weiß 2003, S.121).

Auftretende Schwierigkeiten

Probleme, die in der therapeutischen Arbeit im Heim auftreten können, bestehen in:

- mangelnder Therapiemotivation der Jugendlichen;
- hoher Ansprüche der jungen Menschen, denen die Therapeuten entsprechen müssen (ständige Motivation und Flexibilität erforderlich);
- der Wahl eines geeigneten Verständigungs-Mediums, da viele Kinder Schwierigkeiten haben, sich sprachlich auszudrücken;
- der schwierigen Rolle des Psychologen im Heim (gehört zur Institution und zum Team, ist aber trotzdem der Schweigepflicht unterlegen, Jugendlichen fällt es daher schwer Vertrauen aufzubauen);
- Widerstände der jungen Menschen aus Angst vor Stigmatisierung durch die anderen Kinder und aus Trotz, weil sie sich keine Therapie „verordnen“ lassen wollen.

In diesem Zusammenhang sollte eine Pathologisierung der jungen Menschen unbedingt vermieden werden. Weitere Schwierigkeiten können durch ungünstige Rahmenbedingungen der Therapie in der Heimeinrichtung (räumlich, zeitliche) entstehen. Oftmals liegt der mangelnde Therapieerfolg auch an der problematischen Sozialisation der Jugendlichen (geprägt durch Beziehungsabbrüche, Heimerziehung und Instabilität) und an den häufig sehr stark ausgeprägten Verhaltensstörungen der jungen Menschen (vgl. Rapp 1998, S.215ff). Dissoziale Jugendliche lassen sich nicht gern als krank etikettieren und therapieren, da ihr abweichendes Verhalten die Funktion hat, erlernte Handlungskompetenzen zu wahren und den Selbstwert zu sichern (vgl. Schleiffer 2001, S.230).

3.2.4 Therapeutische Ansätze und Angebote in Heimeinrichtungen

In therapeutischen Heimeinrichtungen kommen unterschiedliche Therapieansätze zur Anwendung. Diese bestehen z.B. aus tiefenpsychologischen Verfahren, verhaltenstherapeutischen Verfahren, systemischen Methoden, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Familientherapie etc.

Zumeist herrscht in Heimeinrichtungen ein integrativer Ansatz vor. Dieser kann sich entweder auf eine therapeutische Richtung konzentrieren und nebenbei weitere einbeziehen, oder es werden Methoden aus verschiedenen therapeutischen Ansätzen kombiniert, ohne dass ein Verfahren dabei gehäuft und bevorzugt angewandt wird. In vielen therapeutischen Jugendhilfeeinrichtungen ist zudem noch ein ganzheitlicher Ansatz konzeptionell verankert, der auch Gestik, Mimik, Motorik, Wahrnehmung und Akustik in die pädagogische und therapeutische Arbeit einbezieht (vgl. Rapp 1998, S.211ff).

An dieser Stelle ist auch kurz auf die Bedeutung der Heilpädagogik innerhalb therapeutischer Heimerziehung einzugehen, da Heilpädagogen das ganze Leben des jungen Menschen einbeziehen und sich besonders an den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Kindes orientieren. Weiterhin befindet sich die Heilpädagogik zwischen Therapie und Sozialpädagogik und integriert somit sowohl pädagogische, als auch therapeutische Elemente in die Arbeit mit jungen Menschen (vgl. Klenner 1980, S.35; vgl. Falt 1980, S.53; vgl. Scharrer 2004, S.104f). Heilpädagogisches Handeln möchte außerdem die Ressourcen und Stärken der jungen Menschen erkennen, erweitern, fördern und somit „heilend“ wirksam werden. Dabei stellt die heilpädagogische Beziehungsgestaltung die Basiskompetenz des Heilpädagogen dar. Dieser ist überzeugt davon, dass junge Menschen nach Beziehung suchen, auch wenn ihr Verhalten durch Abwehr, Provokation, Demütigung etc. geprägt ist (vgl. Flosdorf 2003, S.445/S.460). In vielen therapeutischen Heimeinrichtungen sind Heilpädagogen als fester Bestandteil des Teams integriert.

Insbesondere gestalttherapeutische und vor allem verhaltenstherapeutische Ansätze werden in Heimeinrichtungen genutzt, da sie bei vielen Störungen angewandt werden können (z.B. Verhaltensstörungen, Entwicklungsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Kommunikationsstörungen, Psychosomatische Störungen etc.) und häufig zu Erfolgen führen (vgl. Rapp 1998, S.258; vgl. Reidel 2003, S.416f).

Generell kann die Therapie im Einzel- oder Gruppen- Setting stattfinden oder als Familientherapie. Die verschiedenen Möglichkeiten können miteinander kombiniert werden. Die Therapie wird je nach Konzept der Einrichtung in dafür vorgesehenen Therapieräumen, im Alltag des Kindes (seinem Zimmer, der Heimgruppe) oder draußen in der Natur erbracht. Die Psychologen/Therapeuten in den Heimen können das Therapie- Setting individueller organisieren und gestalten als Fachkräfte, die in einer Praxis arbeiten. Dauer und Häufigkeit der Therapiegespräche gestalten sich sehr unterschiedlich. So kann die begleitende Therapie zwischen drei Monaten und mehreren Jahren dauern (vgl. Rapp 1998, S.213ff/S.258).

Neben den eigentlichen Therapieansätzen und -verfahren werden außerdem weitere therapeutische Angebote in Heimeinrichtungen unterbreitet. Diese sind sehr vielseitig. Beispiele dafür sind: Reittherapie, Spieltherapie, Arbeitstherapie, Musiktherapie, verhaltenstherapeutische Trainings (z.B. Training sozialer Kompetenz), Physio- und Ergotherapie, Bewegungstherapie, präventive Gruppenangebote zu ausgewählten Themen, Entspannungsverfahren etc. (vgl. ebenda, S.219f).

3.3 Strukturierung eines pädagogisch-therapeutischen Settings im Heim

3.3.1 Erziehung im therapeutischen Milieu

Anfänge und Begründer des therapeutischen Milieus

Angelehnt an Aichhorn entwickelten Fritz Redl und Bruno Bettelheim um 1950 neue Perspektiven für die Heimerziehung. Ihre Erziehungskonzeption benannten sie „therapeutisches Milieu“ (vgl. Späth 1978, S.65). Ihr differenziertes Konzept therapeutischer Heimerziehung wurde in den 60er Jahren in den USA realisiert. Beide standen im intensiven Gedankenaustausch miteinander. Nach Fatke, ist Redls Konzept umfassender, enthält mehr Aspekte und kann eher für die normale Heimerziehung angewandt werden, da Bettelheim vorwiegend mit psychotischen Kindern und Jugendlichen arbeitete und Redl sich auch sozialpädagogischem Klientel widmete (vg. Fatke 1999, S.243f).

Sowohl Redl, als auch Bettelheim wiesen der alltäglichen Umgebung und ihren Einfluss auf das Verhalten von Kindern große Bedeutung zu. Beide empfanden es als wesentlich, dass ein

gemeinsames Zusammenleben mit den Kindern und Jugendlichen gestaltet wird, wobei Pädagogen und Therapeuten gleichwertig zusammen arbeiten sollten. Therapie darf nach ihren Auffassungen nicht separiert stattfinden, sondern muss in den gemeinsamen Alltag integriert werden (vgl. Späth 1978, S.65). Bettelheim und Redl wollten „alltägliche Situationen heilsam ... gestalten, ohne sie therapeutisch zu verfremden“ (Krumenacker 1999, S.230).

Bettelheim lenkte die Aufmerksamkeit auf die erhebliche Bedeutung von sozialer Umwelt, bzw. von Architektur, Ausstattung und Gestaltung der Räume einer Einrichtung (vgl. ebenda, S.231). 1983 entwickelten Mahlke und Schwarte „ein Konzept, mit dem sich die räumlichen Voraussetzungen für ein therapeutisches Milieu in stationären Einrichtungen herstellen lassen“ (ebenda, S.231). Dieses wurde vielfach umgesetzt. Durch eine gezielte und positive räumliche Gestaltung kann eine angenehme Atmosphäre geschaffen und die Aneignung von jungen Menschen gefördert werden. Dies erleichtert auch den pädagogischen Umgang und die Verringerung von Störungen (vgl. ebenda, S.231). „Die praktische Verwirklichung eines therapeutischen Milieus stellt aber bis heute eher eine Ausnahme dar“ (ebenda, S.231). Das gezielte Arrangieren und Entwickeln von Gebäuden und Räumen, als wesentliche Möglichkeit der Heimerziehung, wird noch zu selten genutzt.

Realisierung eines therapeutischen Milieus

Die Planungsgruppe PETRA stellte in ihrer Untersuchung von 1987 fest, dass angewandte therapeutische Ansätze in der Heimerziehung vom Gruppenalltag abgehoben sind und Ergebnisse im Alltag nicht zur Geltung kommen. Demnach finden häufig isolierte therapeutische Ergänzungen im Heimalltag statt. Für eine effektive Wirksamkeit ist jedoch die Gestaltung eines therapeutischen Milieus in der gesamten Einrichtung notwendig (vgl. Fatke 1999, S.246).

Der Ansatz des therapeutischen Milieus hebt also die Trennung von Therapie und Pädagogik auf, indem Therapie nicht mehr separiert stattfindet, sondern die Fachkräfte im Alltag (im Sinne einer heilpädagogischen Gesamterziehung) zusammenwirken. Alltägliche Situationen (wie Essen, Aufstehen, Spielen) dienen als Lernort und Ausgangspunkt von Therapie, ohne dass diese dadurch verfremdet werden. Jede Tätigkeit kann demnach zur Entwicklung, Anregung, Entfaltung, Förderung und Heilung beitragen (vgl. Flosdorf 1988, S.105ff).

Unterschieden werden muss zwischen Konzeptionen von Heimeinrichtungen, bei denen einerseits Therapie in einer bestimmten Form (z.B. Gruppentherapie, therapeutischen Reiten) und andererseits ein milieutherapeutischer Ansatz realisiert wird (vgl. Fatke 1999, S.246f). „Wo in einem Heim Mitarbeiter mit den Kindern und Jugendlichen in der Lage sind, den Alltag des Heimes für das einzelne Kind konstruktiv zu bewältigen und dabei fortschreitend mehr und

mehr positive Erfahrungen für eine konstruktive Bewältigung der sozialen Wirklichkeit zu vermitteln, dort verwirklicht sich therapeutisches Milieu“ (Flosdorf 1988, S.104).

Ziele der Erziehung im therapeutischen Milieu

Die Störungen der jungen Menschen sollen abgebaut und Persönlichkeitsintegration gefördert werden. „Im therapeutischen Milieu soll emotional gestörten Kindern die Möglichkeit zur Ich-Stärkung, zur psychischen und emotionalen Stabilisierung gegeben werden. Ziel ist die Befreiung von psychischen Belastungen“ (Späth 1978, S.66). Dies ist nur erfolgreich, wenn sich die Zerrissenheit und die Spaltungen der Kinder und Jugendlichen im Milieu des Heimes nicht wiederholen, bzw. verstärken, sondern ihnen „ein einheitlich auf den pädagogisch-therapeutischen Zweck hin durchgestaltetes Milieu entgegengesetzt wird“ (Fatke 1999, S.248). Dazu ist eine therapiewirksame Struktur in der unmittelbaren Umwelt des Kindes notwendig. Das therapeutische Milieu muss in der gesamten Einrichtung vorzufinden sein und im Erziehungsalltag im Heim wirksam werden. Es beinhaltet also viel mehr als nur einzelne Therapie-sitzungen. Die pädagogisch-therapeutischen Ziele müssen dabei übereinstimmen (vgl. ebenda, S.248).

Notwendige Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen

Daher kann ein „therapeutisches Milieu ... nur bei optimaler Zusammenarbeit aller am Erziehungsprozess Beteiligten gewährleistet werden“ (Martin 1980, S.55). Das bedeutet speziell, dass die Mitarbeiter in der Gruppe und die unterschiedlichen Berufsgruppen, die im Heim arbeiten, miteinander kooperieren müssen und dass auch zwischen Heimeinrichtung und Jugendamt eine intensive Verständigung stattfinden sollte (vgl. ebenda, S.56). „Die Pädagogik ist das Primäre. Aber eine differenzierte, bewusste, absichtsvolle Pädagogik hat therapeutische Aspekte. Und sie braucht bei besonderen Problemlagen ... bestimmte therapeutische Methoden und heilpädagogische Behandlungsformen als unterstützende Maßnahmen. Dabei haben die solche Therapien, Methoden und Behandlungsformen durchführenden Mitarbeiter keine gruppenübergreifende, sondern gruppenergänzende und gruppenunterstützende Funktionen“ (ebenda, S.55). Die Einstellung der pädagogischen und therapeutischen Fachkräfte sollte durch eine akzeptierende und wertschätzende Haltung geprägt sein, die Bedürfnisse, Interessen und Motive der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt (vgl. ebenda, S.56).

3.3.2 Redls Konzept des therapeutischen Milieus

Redl beschäftigte sich in seinem Konzept mit Kindern und Jugendlichen, bei denen die innere Kontrolle aufgelöst oder zusammengebrochen war und die deshalb als auffällig und gestört wahrgenommen wurden. Um Ich-Störungen beheben zu können, müssen die Ich-Funktionen im therapeutischen Milieu unterstützt und neu aufgebaut werden. Dies kann z.B. in Form von Aktivitätsangeboten im Alltag geschehen, die es Kindern ermöglichen, alte und schädliche Verhaltensmuster abzubauen, neue Erfahrungen zu sammeln, Ich-Fähigkeiten zu stärken und ein neues Selbstbild aufzubauen. Das Konzept muss dabei sehr ausdifferenziert sein und therapeutische Grundsätze beinhalten (vgl. Fatke 1999, S.251ff).

Was kennzeichnet ein Milieu als therapeutisch? Redl benennt folgende Faktoren:

1. Schutz junger Menschen vor schädlichen Einflüssen und traumatischen Erlebnissen;
2. Erfüllung elementarer Grundbedürfnisse, parallel zur spezifischen Behandlung;
3. Milieu und Handeln der Fachkräfte sollten sich an Alter, Entwicklungsstand und soziokulturellen Bedürfnissen der Jugendlichen orientieren;
4. Flexibilität in Bezug auf besondere Situationen und therapeutische Notwendigkeiten (Anpassungserfordernis, ohne das jedoch die Gesamtstruktur zusammenbricht);
5. elastische Gestaltung der pädagogischen und therapeutischen Ziele und Strategien;
6. Konzentration der pädagogischen Mitarbeiter auf weitere Verhaltensprobleme des jungen Menschen, die neben der eigentlichen Störung (welche vom Psychotherapeuten behandelt wird) zum Vorschein kommen und auch bearbeitet werden müssen;
7. Herstellung eines Lebensraumes, in dem Kinder und Jugendliche emotionale Beziehungen eingehen, Werte verinnerlichen, Widerstände abbauen und Schuld/Angstgefühle vermieden werden können;
8. Gruppenzusammenhalt als Stütze, welche Sicherheit und Halt vermittelt;
9. Schaffung von Erlebnissen und Situationen, die Vertrauen, Anerkennung, Zuneigung und Bestärkung vermitteln und aufbauen;
10. realitätsnahe Gestaltung des therapeutischen Milieus, welches wirklichkeitsbezogene Lern- Erfahrungen ermöglicht, zum Überwinden der Störung beiträgt und auf den Übergang in ein normales Leben vorbereitet und
11. Anpassung der Struktur des therapeutischen Milieus an den fortschreitenden Prozess der Heilung und an die Resozialisierung der Kinder.

Diese Bestandteile des therapeutischen Milieus können direkt zur Heilung beitragen (vgl. Redl 1987, S.76ff).

Faktoren, die therapeutische Effekte nach sich ziehen

Das Milieu als solches versteht Redl als künstlich hergestellt, mit dem Ziel, junge Menschen zu therapieren. Ein solches Milieu kann sowohl auf psychiatrischen Klinikstationen, als auch in therapeutischen Heimeinrichtungen umgesetzt werden. Innerhalb dieses Milieus existieren verschiedene Settings (z.B. Mahlzeiten, Schule, Freizeit) und in diesen Settings kommen verschiedene Faktoren zur Geltung, die eine therapeutische Wirkung erzielen. Redl bezieht sich hierbei auf folgende:

1. *soziale Struktur* (Institution, Rollenverteilung, Rangordnung, Kommunikation), diese sollte so transparent wie möglich sein;
2. *Wertsystem* (Kinder und Jugendliche spüren Werthaltungen der Erwachsenen, auch die unbewussten und unausgesprochenen und reagieren darauf), muss klar, überzeugend und kohärent sein;
3. *Gewohnheiten, Rituale und Verhaltensregeln* (haben große Orientierungs- und Strukturierungsfunktion, besonders bei Kindern mit zerrissenen Persönlichkeitsstrukturen);
4. *Gruppendynamik* (Atmosphäre, Zusammensetzung, Cliquesbildung, Rivalitäten, Außenseiter), welche Erziehung und Therapie erheblich mit beeinflusst;
5. *einzelne Gruppenmitglieder* (müssen sich gegenseitig miteinander verständigen und zusammenleben und dies mit ihren unterschiedlichen Störungen und Symptomen);
6. *Einstellungen und Gefühle der Mitarbeiter* (unbewusst ablaufende und nicht reflektierte Vorgänge, wie z.B. Übertragung, können negative Auswirkungen auf den pädagogischen und therapeutischen Umgang mit dem Kind bewirken);
7. *Reaktionen der Umwelt* (haben erheblichen Einfluss auf das Verhalten eines Kindes);
8. *Struktur von Tätigkeiten* und spezielle Elemente dabei (z.B. Spiele, Kunst, Gestaltung, Handwerk, Musik, Ausflüge);
9. *räumliche und zeitliche Regelungen/Gegebenheiten*;
10. *Erhaltung des Bezugs zur Außenwelt* (durch Besuche, Ausflüge, Medien),
11. *Verantwortungsnahme und Kontrolle der Mitarbeiter* über das Miteinander in der Gruppe (einige soziale Interaktionen können schädlich sein) und
12. *therapeutische Elastizität* (Milieu muss sich während der Behandlung auf die Bedürfnisse des Kindes einstellen, flexibel gestaltbar und veränderbar sein).

Diese ausgewählten Faktoren, die Redl benannt hat, sind nur einige, da das Konzept des therapeutischen Milieus sehr umfangreich ist. Grundsätzlich gilt, dass sich alle Settings und auch die Mitarbeiter in ihrem Handeln an dem pädagogisch-therapeutischen Ziel der Heimeinrichtung orientieren müssen (vgl. Redl 1987, S.86ff).

Weitere Besonderheiten in Redls Konzept von einem therapeutischen Milieu

In seinem Konzept des therapeutischen Milieus betont Redl besonders die Bedeutung der Gruppe, wobei therapeutische Heimerziehung auch als „Therapie durch die Gruppe verstanden werden kann. Die Gruppensituation wirkt dabei therapeutisch, weil „die Dynamik der Gruppe emotionale ‚Ströme‘ produziert, die sich unabhängig von der individuellen Beziehung zwischen Kindern und Therapeuten für therapeutische Zwecke ‚ein- und ausschalten‘ lassen“ (Redl 1987, S.42). Dabei konstatiert auch Redl, dass die Personen und Situationen im Alltag die entscheidende Wirkung aufweisen und hier die wirkliche Therapie stattfindet (vgl. ebenda, S.42). Jedoch sieht er auch in der Einbeziehung des therapeutischen Personals in den Gruppenalltag effektive Möglichkeiten für eine erfolgreiche pädagogisch-therapeutische Arbeit (vgl. ebenda, S.45f).

Innerhalb seines Konzepts führte Redl weiterhin das Life Space Interview ein, welches ein „situationsbezogenes therapeutisches Gespräch im aktuellen Lebenskontext“ darstellt (ebenda, S.52). Dieses dient zur therapeutischen Auswertung von alltäglichen Ereignissen oder zur sofortigen emotionalen Reaktion bzw. Hilfe. Die aktuelle Situation kann dabei entweder dazu genutzt werden, das Kind emotional aufzufangen, zu trösten und ihm beizustehen oder um die zentrale Problematik zu thematisieren, die sich darin widerspiegelt. Dies ähnelt einem Erklärungs- und Deutungsversuch ausgehend von der problematischen Situation. Das Alltagserlebnis wird dazu genutzt, langfristige therapeutische Ziele zu erreichen (vgl. ebenda, S.53f/S.59).

3.3.3 Bettelheims Vorstellungen eines therapeutischen Milieus

Bettelheim arbeitete mit schwer gestörten und psychotischen Kindern und Jugendlichen und entwickelte daraufhin sein Konzept des therapeutischen Milieus. Dazu wurden alle Ressourcen im Heim genutzt. „Bettelheim hat aus einer pädagogischen Grenzsituation heraus die spezifischen Möglichkeiten der Heimerziehung als eigenständige Erziehungsform exemplarisch ausgelotet, entwickelt und nutzbar gemacht“ (Krumenacker 1999, S.233). Dies betrifft die Einstellung der Fachkräfte, die Beziehungsgestaltung, die Gestaltung des Alltages in der Einrichtung und die architektonische Ausstattung von Räumen. Bettelheim betonte diesbezüglich Details. Diese boten für ihn „bedeutsame Gelegenheiten“, wodurch „korrigierende“ und „Ich- stärkende Erfahrungen“ ermöglicht werden können.

Bettelheim sah zwischen Ort und Verhalten des Kindes eine Wechselwirkung. Deshalb kann seine Milieugestaltung als symbolische Gestaltung verstanden werden, wobei er davon ausging, dass den Kindern durch Gegenstände und Räume „stille Botschaften“ vermittelt werden. Aufgrund dessen, dass Bettelheim mit sehr sensiblen und gestörten Kindern arbeitete, legte er be-

sonderen Wert auf die Einstellung der Mitarbeiter, auf die Bedeutung des pädagogischen Ortes und von Symbolen und Ritualen (vgl. ebenda, S.233ff). Insbesondere Feiertage nahmen einen großen Stellenwert ein. Diese wurden groß und üppig gestaltet und in ihnen waren feste Bräuche verankert. Dies stellt für Krumenacker eine besondere und immer noch nicht ausreichend genutzte Ressource der Heimerziehung dar. Weiterhin nehmen besonders die menschlichen Beziehungen bei Bettelheims Ansatz erhebliche Bedeutung ein. Diese vermögen die Qualitäten eines Ortes noch zu unterstützen und zu verstärken (vgl. ebenda, S.237f).

Bettelheims Konzept erscheint vielen als utopisch, jedoch zeigte er damit, wie leistungsfähig Heimerziehung wirken kann, wenn Möglichkeiten gesehen, entwickelt und richtig interpretiert werden (vgl. ebenda, S.233f). Wodurch sich sein Konzept nun genau auszeichnet und charakterisiert, soll im Folgenden beleuchtet werden.

Bettelheims therapeutisches Milieu an der Orthogenic School

Einige wichtige Faktoren und Ziele dabei sind:

- Gestaltung von einfachen und beschützenden Situationen;
- Herstellung eines Milieus, welches Wachstum und emotionale Integration fördert;
- Vermeidung und Beseitigung störender Reize und Erlebnisse (z.B. Fernseher, Radio), sodass Kinder aus ihrer Isolation und wahnhaften Realität ausbrechen und menschliche Beziehungen eingehen können;
- Bewusstmachung der Handlungsfähigkeit über selbstständige Tätigkeiten, Bewältigung schwieriger Aufgaben und Abbau von Ängsten und
- konstruktive Gestaltung der Umwelt von den Mitarbeitern durch Schaffung positiver Reize (vgl. Bettelheim 1991, S.39ff).

Bettelheim bezeichnet die Arbeit an der Schule als Milieuthherapie, in der nicht isolierte Behandlung im Mittelpunkt steht, sondern vielfältige persönliche und echte Beziehungen zu Mitarbeitern und anderen Kindern, die der junge Mensch selbst auswählt. Bettelheim war der Auffassung, dass gewisse Störungen am besten in der jeweiligen Situation und am konkreten Ort behandelt werden können (vgl. ebenda, S.40ff).

Weitere wichtige Punkte in seinem Konzept stellen folgende dar:

- Ausrichtung der inhaltlichen Arbeit der Mitarbeiter nach den Neigungen und Bedürfnissen der Kinder, welche befriedigt werden sollen;
- Verzicht auf Zwang und Gewährung von Freiheit (vgl. ebenda, S.62/S.126);
- Nutzung der physischen und psychischen Energie des jungen Menschen zur Überwindung der Störung und zum Beziehungsaufbau (vgl. ebenda, S.51f).

Die beruhigende und beschützende Umwelt in der Schule sollte es dem Kind ermöglichen, Widerstände und Abwehrverhalten aufzulösen. Das Kind wird in seiner Totalität erfasst, daher lebten die Mitarbeiter in der Einrichtung auch Tag und Nacht mit den Kindern zusammen. So konnten sie ihr Verhalten beobachten, an ihrem Leben teilnehmen und es wurden vergangene Erlebnisse und Erfahrungen ersichtlich, die tiefgreifende Wirkung besaßen und das gegenwärtige Verhalten des Kindes beeinflussten (vgl. ebenda, S.70ff).

Nach Bettelheim bot jeder Zeitpunkt und jede Umgebung besondere therapeutische Möglichkeiten.

Weiterhin legte er Wert auf folgende Gegebenheiten:

- vertraute und kontinuierliche Zusammensetzung der Gruppe (sollte therapeutischen Einfluss auf das Kind ausüben, Geborgenheit, Unterstützung und Zusammenhalt vermitteln) (vgl. ebenda, S.55/S.76/S.84);
- Betrachtung des Kindes als Individuum mit eigenen Fähigkeiten;
- Bieten einer Umwelt, die eigene Tätigkeiten, eigenes Organisieren und Aneignung ermöglicht und Einengung vermeidet (vgl. ebenda, S.100/S.119f/S.121);
- flexible, individuelle und positive Gestaltung des Unterrichts (eigenes Lerntempo, Aufgaben richten sich nach individuellen Neigungen etc.)

(vgl. Bettelheim1991, S.164/S.168f).

Weitere wesentliche Bausteine in Bettelheims Konzept:

- ***Nahrung als Genuss***

Bettelheim definiert Essen als Vergnügen, auf das Kinder ein Recht besitzen. Die Versicherung, jederzeit Nahrung und Schlafplatz nutzen zu können, sollte das Vertrauen der Kinder erlangen und förderlich für den Aufbau einer persönlichen Beziehung wirken. Bei vielen Kindern, denen früh biologische Bedürfnisse vorenthalten wurden, fehlt eine entsprechende Sozialisation. Beim Essen lernen sie, ihr Leben wieder zu organisieren. Weiterhin können Nahrungsmittel in großen Belastungs- und Stresssituationen dazu beitragen, jungen Menschen wie-

der Sicherheit zu vermitteln, Spannungen abzubauen und Befriedigung zu erlangen (vgl. Bettelheim 1991, S.171ff/S.186/S.200).

- ***Ruhe und Aktivität wird jederzeit gestattet***

Die Kinder an der Schule durften sich jederzeit ausruhen oder aktiv betätigen. Sie sollten lernen, sich entspannen und bewegen zu können (vgl. ebenda, S.221). „Das Durcharbeiten bestimmter Erlebnisse oder Gefühle kann nur stattfinden, wenn äußere Störungen auf ein Minimum beschränkt sind und wenn das Kind sich frei fühlt auszuagieren, ohne Angst vor den Reaktionen anderer zu haben“ (ebenda, S.241). Manche benötigen dazu besonders den Halt einer stabilen Gruppe, andere eine persönliche Umgebung und Beziehung zu einem Erwachsenen.

- ***Behandlung in der Einrichtung basiert auf der Psychotherapie***

Die Therapiesitzungen fanden 1-5 Mal wöchentlich bei dem Bezugsbetreuer oder anderen Betreuern statt. Somit verläuft die Therapie nicht vom Alltag abgeschottet. Die Therapiestunden fanden oftmals auch während des Unterrichts statt und die Kinder konnten selbst entscheiden, ob sie hingehen wollten oder nicht (vgl. ebenda, S.241ff). Einzelsitzungen ermöglichen es, Aggressionen, Probleme und Gefühle zu offenbaren bzw. zu besprechen. Manche Kinder können dies jedoch auch besser mit dem Rückhalt der Gruppe, der ihnen Kraft und Mut vermittelt (vgl. ebenda, S.244/S.255). „Zwischen der therapeutischen Wirksamkeit der Erlebnisse eines Kindes in der Einrichtung und in der Gruppe besteht ... eine ... enge Wechselwirkung“ (ebenda, S.256). Die Gruppe kann somit auch therapeutische Wirkung entfalten und als „Werkzeug der Therapie“ dienen, indem sie dem Kind Sicherheit gibt, sein Verhalten und seine Gefühle deutet, reflektiert und kritisiert. Dies gibt dem jungen Menschen Anstoß zur Veränderung, ohne dass jedes Mal ein Erwachsener eingreifen muss (vgl. ebenda, S.264ff).

- ***therapeutisch gestaltete Umgebung/Milieu***

Um ernsthafte Probleme bearbeiten zu können, bedarf es nach Bettelheim einer besonderen Umgebung, welche sich therapeutisch gestaltet und wobei störende und ablenkende Einflüsse verhindert werden (vgl. Bettelheim 1990, S.232). Weiterhin muss das therapeutische Milieu Kinder vor nicht gewollten Begegnungen mit Personen aus der Vergangenheit und vor Bedrohungen beschützen. An Bettelheims Schule durften auch Verwandte und Freunde nicht in die Privatsphäre des Kindes eindringen (vgl. ebenda, S.236f). Das therapeutische Milieu soll die Integration und Neustrukturierung der Persönlichkeit des jungen Menschen ermöglichen. Ursachen der Probleme und Störungen sollen dabei dauerhaft beseitigt und Lösungen gefunden werden. Dies erfordert, dass die Umgebung sorgfältig vorbereitet und geplant ist. Im therapeutischen Milieu sollen Seele und Körper wechselseitig behandelt werden (vgl. ebenda, S.239ff).

Bettelheims Vorstellungen in Bezug auf die Zusammenarbeit der Fachkräfte

Grundlegend im therapeutischen Milieu ist das vollständige und gemeinsame Verständnis der Fachkräfte für die Bedürfnisse und Schwierigkeiten der jungen Menschen. Um ein solches Verständnis zu erlangen, ist eine intensive Zusammenarbeit erforderlich (vgl. Bettelheim 1991, S.156; vgl. Bettelheim 1990, S.267).

Alle Mitarbeiter sollen in die therapeutische Gemeinschaft integriert sein, ein gemeinsames Behandlungsziel verfolgen und die individuellen Bedürfnisse der Kinder wahrnehmen und entsprechend darauf reagieren. In Bettelheims Idealvorstellung herrscht in einem therapeutischen Milieu keinerlei Hierarchie zwischen den Fachkräften. Jeder ist gleichwertig, hat spezielle Kompetenzen, besitzt deshalb aber keinen höheren Rang. In der Praxis stellte er jedoch fest, dass dies nicht funktionieren kann, da die Mitarbeiter ein unterschiedlich intensives Verständnis für die Bedürfnisse der Kinder zeigten und auch nicht alle Mitarbeiter für die Jugendlichen gleich wichtig waren. So herrschten auch hier in jedem Team und in jeder Gruppe eigene Hierarchien.

Bettelheim kam dann zu der Auffassung, dass nicht eine gemeinsame Behandlungsphilosophie zu einer integrierten Behandlung führt, sondern das gemeinsame Erarbeiten von Sachverhalten einerseits und das individuelle Einbringen aller Beteiligten andererseits. Das bedeutet, dass sich die Mitarbeiter, wie auch die Jugendlichen, persönlich integrieren sollten. So konnten gemeinsam Hoffnungen, Erfolge, Niederlagen und Erfahrungen durchlebt werden. Auf gemeinsamen Mitarbeiterkonferenzen wurden Verhalten, Gefühle, Einstellungen und Blockaden der Mitarbeiter thematisiert und interpretiert (vgl. Bettelheim 1990, S.242ff/S.255). Fachkräfte konnten also auf ihre persönliche Art und Weise mit den Kindern zusammenarbeiten und trotzdem sollte eine Einheitlichkeit gewahrt werden, im Hinblick darauf, dass alle Tätigkeiten auf das Gesamtziel gerichtet und abgestimmt verlaufen. Ziel war es, den jungen Menschen durch ein echtes, solidarisches und kooperierendes Team mehr Sicherheit zu vermitteln. Mit Hilfe der angenehmen sozialen Umgebung, der Einheit der Mitarbeiter und der menschlichen Beziehungen untereinander, sollte dem Kind die Chance unterbreitet werden, innere Spaltungen und Widersprüche zu überwinden und seelische Gesundheit wieder herzustellen (vgl. ebenda, S.250/S.272).

In diesem ‚totalen‘ therapeutischen Milieu entsteht Über- und Unterordnung nur freiwillig, wenn ein Mitarbeiter in einer konkreten Situation z.B. am besten einschätzen kann, wie zu handeln ist. Unterschiedliche Meinungen sollten dabei offen besprochen werden. Selbstständigkeit und Autonomie der Mitarbeiter tragen zum ganzheitlichen Erfolg der Einrichtung bei (vgl. ebenda, S.277f). „Wenn das Ziel der gemeinsamen Aufgabe, die Wiederherstellung von

geistig-seelischer Gesundheit ist, dann ist soziale Solidarität allerdings nicht nur wünschenswert und hilfreich, sie ist schlichte Notwendigkeit; sie garantiert praktisch das Höchstmaß an möglichem Erfolg, vorausgesetzt die Betreuer verfügen über die notwendige Schulung und das notwendige Wissen“ (ebenda, S.283f).

Um dies gewährleisten zu können, müssen laut Bettelheim alle Fachkräfte die gleichen therapeutischen Überzeugungen verinnerlichen und intensiv miteinander kooperieren. Weiterhin sollte nur eine Person die Hauptverantwortung für einen jungen Menschen und die therapeutische Arbeit tragen, um somit die Integration des Kindes zu fördern und die innere Ordnung zu wahren.

Im Umgang mit auftretenden Problemen sind nach Bettelheim folgende Faktoren wichtig:

- Vermeidung von Schuldzuschreibungen;
- Fehler als menschlich ansehen und mit Nachsicht behandeln;
- gemeinsame Verantwortung und Lösung von Schwierigkeiten;
- gegenseitige Unterstützung, Hilfe und Ergänzung der Fachkräfte als elementare Grundlage und zur Verringerung von Eifersucht untereinander;
- Einbringen jedes Mitarbeiters mit seinen persönlichen Stärken und
- gegenseitiges Vertrauen und aufeinander Verlassen können (vgl. Bettelheim 1990, S.285ff).

Eine gute Beziehung zwischen Mitarbeiter und Kind und ausreichend Zeit, kann nach Bettelheim die Ablösung von der Störung bzw. die Heilung bewirken (vgl. ebenda, S.305).

Resümee

Es wurden grundlegende Gemeinsamkeiten zwischen dem Verständnis eines therapeutischen Milieus von Redl und Bettelheim ersichtlich. So betonen z.B. beide die Bedeutung eines therapeutischen Lebensraumes, der Gruppe und der Beziehungen zwischen Mitarbeiter und Kindern. Weiterhin plädieren beide für die Erfüllung von Grundbedürfnissen, für den Schutz vor schädlichen Einflüssen und für die positiven Effekte von Ritualen und Gewohnheiten.

Jedoch ist Bettelheims Konzept wesentlich radikaler beschrieben und dementsprechend auch schwerer in der Heimerziehung umzusetzen. Krumenacker erwähnt diesbezüglich, dass Bettelheims Vorstellung sehr therapeutisch konzipiert ist und die pädagogischen Anteile von den Fachkräften häufig nicht gesehen werden. Weiterhin fehlen auch die finanziellen Möglichkeiten, um Einrichtungen in Bettelheims Sinne zu gestalten (für die Ausstattung von Räumen, überhöhte Personalkosten, für das teure Essen etc.). Es geht nach Krumenacker jedoch darum,

Perspektiven und Möglichkeiten des Konzeptes wahrzunehmen und umzusetzen (vgl. Krumenacker 1999, S.231ff).

Redl benennt die nach ihm entscheidenden Faktoren kurz und abstrakt. Bettelheim beschreibt seine Vorstellungen umfangreich und anhand der Praxis in seiner Schule. Er legt besonderen Wert auf die räumliche und symbolische Gestaltung von Räumen und den damit verbundenen Aneignungsmöglichkeiten der Kinder und Jugendlichen. Weiterhin beschreibt er im Gegensatz zu Redl seine genauen Vorstellungen was die Zusammenarbeit der Mitarbeiter betrifft und wie er sich diesbezüglich ein solidarisches Team vorstellt. Alles in allem können die jeweils benannten Faktoren im Zusammenspiel zur Entwicklung eines therapeutischen Milieus beitragen. Es gibt keine klare Vorlage, was unter einem therapeutischen Milieu verstanden werden kann.

Insgesamt scheinen folgende Punkte wesentlich zu sein:

- Grundeinstellungen der Mitarbeiter;
- kontinuierliche Beziehungsarbeit;
- Authentizität und Annahme;
- eine zielgerichtete und therapeutische Gestaltung des Lebensumfeldes;
- Struktur und Sicherheit;
- intensive Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachkräfte;
- ein individueller und ganzheitlicher Blick auf die jungen Menschen;
- positive Stärkung;
- Fernhalten von Gefahren;
- Schaffung positiver und fördernder Situationen, Erlebnisse und Reize und
- die Ermöglichung der Heilung bzw. Überwindung der Störungen.

In einem therapeutischen Milieu werden alle äußeren und inneren Faktoren beachtet, die Auswirkungen auf einen jungen Menschen haben können (Umwelt, Lebensraum, Beziehungen, Seele, Geist, Körper etc.). Diese sollen bewusst gestaltet werden, um eine therapeutische Wirkung erzielen zu können.

4. Gestaltung der Zusammenarbeit von pädagogischen und psychologischen Fachkräften in therapeutischen Heimeinrichtungen

Vorweg wurde erläutert, was therapeutische Heimerziehung beinhaltet und wodurch sie sich auszeichnet. Ein wesentliches Merkmal besteht darin, dass pädagogische und psychologische/therapeutische Fachkräfte zusammenwirken müssen, um überhaupt pädagogisch-therapeutische, effektive und zielgerichtete Arbeit realisieren zu können. Wie sich die Zusammenarbeit der Disziplinen im Heim jedoch konkret gestalten kann, welche gemeinsamen Ziele dabei bestehen, welche Voraussetzungen dafür notwendig sind, welche Probleme dabei auftreten und welche Formen der Zusammenarbeit diesbezüglich existieren, soll im Folgenden näher dargestellt werden.

4.1 Gemeinsame Ziele und Ausgangspunkte der Fachkräfte

Sozialarbeiter und Therapeuten in Heimeinrichtungen arbeiten mit den gleichen jungen Menschen, welche psychische und soziale Probleme aufweisen (vgl. Seibert 1978, S.51). Beide Disziplinen haben das Ziel, einen gelungenen Alltag für die Kinder und Jugendlichen zu ermöglichen und Unterstützung bei Problemen anzubieten (vgl. Thiersch 1979, S.19). Durch eine gemeinsame Einschätzung der Schwierigkeiten und Auffälligkeiten des Kindes soll die Bereitschaft zur Änderung gefördert, Stärken und Ressourcen gesucht und gesehen, Lernprozesse organisiert und begleitet und spezifische pädagogische und therapeutische Angebote unterbreitet werden (vgl. Hompesch/Hompesch-Cornetz 1978, S.28; vgl. Frommann 1978, S.47).

Insgesamt verfolgt pädagogisch-therapeutische Arbeit das Ziel, Kinder und Jugendliche bei der Bewältigung von Lebenssituationen zu unterstützen (vgl. Grossmann 1978, S.105).

Wenn therapeutische und pädagogische Fachkräfte ein gemeinsames Ziel verfolgen und gleiche Vorstellungen über Art und Wirkung der Fremdunterbringung/Hilfe/Therapie besitzen, kann sich die Arbeit der Mitarbeiter effektiv ergänzen, anstatt zu Konkurrenz zu führen. Neben gemeinsamer Zielstellungen sind dazu eine einheitliche Betrachtung dessen wie und woran gearbeitet wird und eine gemeinsame Sprache erforderlich (vgl. Durrant 1996, S.53). Weiterhin ist beiden Professionen daran gelegen, ein pädagogisch-therapeutisches Milieu herzustellen, wozu es einer Zusammenarbeit bedarf (vgl. Weiß 2003, S.121).

4.2 Voraussetzungen für eine gleichberechtigte Zusammenarbeit

„Eine Voraussetzung für das Gelingen eines herrschaftsfreien Miteinanders von Gruppendienst und Fachdiensten und einer einheitlichen Bearbeitung der anstehenden Konflikte und Auffälligkeiten liegt mit Sicherheit in der überschaubaren Größe des Heimes“ (Flosdorf 2003, S.382). Es sind also gewisse strukturelle Bedingungen (Heim- und Gruppengröße, Dienstzeitregelungen etc.) notwendig, um Kooperation gestalten zu können. Informationen können so in Konferenzen oder informell im Alltag ausgetauscht werden (vgl. Flosdorf 2003, S.382; vgl. Kreckl 1980, S.48).

Die unterschiedlichen Professionen sollten ein gemeinsames Verständnis entwickeln von dem, was Kinder brauchen. Auf dieser Grundlage sollten sich ihre Aufgaben aufeinander beziehen und gemeinsame Handlungsalternativen erarbeitet werden. Die Fachkräfte müssen außerdem bewusst mit Übertragungen umgehen können und im Zusammenspiel die jungen Menschen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung und Ich-Struktur unterstützen (vgl. Weiß 2003, S.123).

Weiterhin können korrigierende und erweiternde Lern- Erfahrungen nur realisiert werden, wenn konstante Beziehungen aufgebaut werden und Mitarbeiter einheitlich handeln. Auch Therapeuten können also nicht bestimmen und festlegen, wann heilende Prozesse einsetzen.

In einem therapeutischen Heim müssen dementsprechend alle zusammen arbeiten, um fördernde Beziehungen, Lernen und Heilen zu ermöglichen (vgl. Flosdorf 2003, S.407). Um ein effektives Zusammenwirken von Pädagogen und Therapeuten in Heimeinrichtungen realisieren zu können, müssen diese sich als gleichrangige Partner anerkennen, die eine gemeinsame Aufgabe zu erfüllen haben (vgl. Kreckl 1980, S.47). Dazu müssen sich „Pädagogen über therapeutisches Handeln und Therapeuten über pädagogisches Handeln gegenseitig laufend verständigen“ (Scherpner 1980, S.79). Im Team müssen dazu „diagnostische Ausgangspositionen“ erarbeitet werden, die sich im pädagogisch-therapeutischen Prozess weiterentwickeln. (vgl. ebenda, S.79).

Gegenseitige Schuldzuschreibungen müssen vermieden und stattdessen ein gegenseitiges Verständnis aufgebaut werden. Es sollten Modelle einer funktionierenden Zusammenarbeit entwickelt und auf ihre Wirksamkeit untersucht werden. In Aus- und Weiterbildungen muss ein interdisziplinäres Zusammenwirken (keine fachliche Isolierung) angestrebt werden. Kinder und Jugendliche sollten beide Disziplinen im Heim als Einheit erleben, welche durch Teamarbeit und nicht durch Über- und Unterordnung gekennzeichnet ist. Dazu ist gegenseitiger Respekt der jeweiligen Fachkompetenzen erforderlich. Teamfähigkeit muss fortwährend entwickelt und reflektiert werden, zum Beispiel in Supervisionen.

Pädagogisches und therapeutisches Handeln der Fachkräfte sollte einfühlsam und flexibel auf das Kind und seine Probleme gerichtet sein. Dazu bedarf es auch eines einheitlichen Verhaltens von Erziehern und Therapeuten, um gemeinsame Ziele verwirklichen zu können (vgl. Kreckl 1980, S.47f). Pädagogen und Therapeuten müssen in Zusammenarbeit den Therapiebedarf eines Kindes feststellen und ein entsprechendes Angebot (an den Chancen, Möglichkeiten und Voraussetzungen des jungen Menschen orientiert) bereitstellen. Dazu müssen die Fachkräfte einerseits über mögliche Therapiemaßnahmen informiert sein und andererseits das Kind in seiner Lebenssituation verstehen (vgl. Scharrer 2005, S.120).

Therapie und Pädagogik arbeiten effektiv zusammen, „wenn das Kind oder der Jugendliche bei den Entscheidungen und Handlungen ... als Subjekt der Bemühungen mit und in seiner Lebenslage im Blickpunkt bleibt, was wiederum ein Verstehen des Anderen zur Voraussetzung hat“ (ebenda, S.121). Bei einer solchen Zusammenarbeit verschwimmen die Grenzen von Pädagogik und Therapie (vgl. ebenda, S.121).

Die Funktionen von Erziehern und Therapeuten sollten in einem dialogischen Prozess aufeinander bezogen werden, wobei sie immer wieder neu aufeinander abgestimmt werden müssen. Somit können psychotherapeutische und heilpädagogische Methoden in den pädagogischen Alltag in der Heimgruppe integriert werden. Im kooperativen Miteinander und offener Auseinandersetzung mit Konflikten kann gemeinsam ein therapeutisches Milieu geschaffen werden (vgl. Flosdorf 1980, S.50; vgl. Fischer 2003, S.231). „Der gemeinsamen Aufgabe und Verantwortung werden Pädagogik und Therapie nur gerecht, wenn sie sich als ‚integrierende‘ Faktoren in einem gleichberechtigten Spiel der Kräfte verstehen“ (Freiburg 1980, S.19).

Die Kooperation von Pädagogen und Therapeuten kann auch durch indirekte Einflussnahme erfolgen. Wenn zum Beispiel aufgrund problematischer Beziehungsgestaltung therapeutische Handlungen nur von den pädagogischen Bezugspersonen gewährleistet werden können, da der Therapeut keinen Zugang zum Kind findet, dient der Pädagoge als Co-Therapeut. Hierbei wird der Therapeut nur indirekt wirksam, indem er den Erzieher durch intensiven Austausch und Fallbesprechungen unterstützt. Oft entstehen im Alltag der Heimerziehung Situationen, die keine Zeit lassen, auf die nächste Therapiesitzung zu warten, sondern die Handeln erforderlich machen und wobei gemeinsame therapeutisch-pädagogische Ziele der Fachkräfte verfolgt werden (vgl. Scharrer 2005, S.120). Positiv erscheint deshalb „eine Form der Kooperation zwischen therapeutischen und pädagogischen Mitarbeitern, die ein gemeinsames Verständnis des ständigen Ineinanderwirkens individueller, gruppaler und heimbezogener Prozesse zustande kommen lässt“ (Christ/Wedekind 1979, S.154).

4.3 Möglichkeiten und Formen der Zusammenarbeit

Therapeutisches Handeln im Heim vollzieht sich in unterschiedlichen Organisationsformen und in verschiedenen Konzepten. Einige Heimeinrichtungen nehmen regelmäßig externe Spezialisten in Anspruch. In anderen besteht eine eingerichtete Fachabteilung mit speziellen Aufgaben in enger und gleichberechtigter Kooperation mit dem pädagogischen Personal der Heimgruppe. Eine weitere Möglichkeit ist das Bestehen eines eigenen Therapiebereichs innerhalb der Heimeinrichtung mit klinischem Anspruch. Zuletzt existiert nach Heitkamp das integrierte Modell der therapeutischen Milieugestaltung (vgl. Heitkamp 1984, S.158).

a) Externe Spezialisten

Vor allem Kleinstheime greifen oft auf externe Fachkräfte zurück und stellen keinen eigenen Therapeuten ein, sondern kooperieren stattdessen mit Erziehungsberatungsstellen und externen Psychologen. Positiv hierbei kann benannt werden:

1. keine Einschränkung des pädagogischen Verhältnisses zwischen Erzieher und Kind;
2. ausbleibende Entmündigung des Erziehers (er entscheidet selbst wann er einen Spezialisten dazu zieht);
3. zwischen Erziehern und externen psychologischen Fachkräften entwickelt sich eher ein Kooperationsverhältnis, welches frei von Konkurrenz ist;
4. das Kind vergleicht pädagogische und therapeutische Fachkräfte nicht miteinander;
5. eine externe Beratung/Therapie verhindert die Therapeutisierung der Einrichtung.

Negativ wirken oftmals die räumliche Entfernung, Terminabsprachen, die geringe öffentliche Aufwertung und Anerkennung der Heimeinrichtung und die ausbleibende Erhöhung des Pflegesatzes (vgl. Heitkamp 1984, S.158f).

b) Therapeutische und psychologische Fachdienste/Fachabteilungen

Zur zweiten Variante erläutert Heitkamp: „Viele Heime verfügen über ein breites Angebot gruppenübergreifender therapeutischer Hilfen (Spieltherapie, ..., Einzel- und Gruppensprachtherapie u. a.) in unterschiedlichen Organisationsformen, die sich grob in zwei Kategorien klassifizieren lassen: in die auf gleichberechtigte und kooperative Zusammenarbeit mit den Pädagogen angelegte Organisation und in die völlig selbstständige ... therapeutische Fachabteilung“ (Heitkamp 1984, S.159). „Die gruppenübergreifenden Sonderdienste leisten in einem Heim die notwendigen und ergänzenden Angebote und Hilfen im alltäglichen Erziehungsgeschehen“ (Dimmig 1980, S.67). Die Zusammenarbeit zwischen den Fachdiensten und pädagogischen Mitarbeitern sollte partnerschaftlich erfolgen, z.B. in Konferenzen und Teamgesprä-

chen. Intensive Kommunikation, gegenseitige Beratungen und Supervisionen sollen dies fördern. Fachdienste sind für Beratung, Fortbildung, Diagnose und Behandlung zuständig (vgl. ebenda, S.67f). Jedoch findet die Kooperation häufig eher unverbunden statt. Die Spezialisten dienen hier als Berater der Pädagogen und bieten als Therapeuten spezielle Angebote an. Die Behandlung findet außerhalb der Gruppe in Therapieräumen statt. Über die Therapiebedürftigkeit entscheiden die Fachkräfte gemeinsam und müssen sich gegenseitig regelmäßig informieren. Probleme können dabei dann entstehen, wenn der Therapeut Kinder in der Gruppe behandelt und gleichzeitig Erzieher berät. Supervision und Therapie sollten aus diesem Grund von zwei verschiedenen Personen durchgeführt werden (vgl. Heitkamp 1984, S.159).

c) Klinische Therapieabteilung

Bei einigen Heimen ist eine klinisch orientierte Therapieabteilung angegliedert. Hier werden Kinder und Jugendliche regelmäßig untersucht und, wenn erforderlich, auch behandelt. Der Sozialpädagoge kann das Kind in der Therapieabteilung vorstellen. Therapie erfolgt hier völlig separiert vom Alltag. Häufig besteht in dieser Form der Zusammenarbeit ein Über- und Unterordnungsverhältnis. So soll der Pädagoge das Kind auf die Behandlung vorbereiten und motivieren. Therapie hat nach diesem Verständnis Vorrang vor Gruppenaktivitäten. Oftmals sollen Erzieher die therapeutische Arbeit auch in der Gruppe weiterführen. Somit kann der Gruppenalltag durch die Therapien häufig gestört werden und wird oftmals nur noch auf Versorgung herabgestuft. Pädagogik und Therapie driften dabei immer mehr auseinander. Vorteile dieser Organisationsform sind hohe Außenwirkung/Anerkennung und höhere Pflegesätze (vgl. Heitkamp 1984, S.159f).

d) Therapeutisches Milieu

In der Milieuthherapie arbeiten unterschiedliche Fachkräfte gleichberechtigt zusammen und integrieren Therapie in den Alltag. Es wird also eine enge Verbindung zwischen Pädagogik und Therapie hergestellt. Der gesamte Lebensbereich der Kinder und Jugendlichen ist hierbei therapeutisch gestaltet. Zwar werden in dieser Organisationsform auch zusätzliche therapeutische Angebote unterbreitet, diese sind jedoch auf den pädagogisch-therapeutischen Alltag und auf die Bedürfnisse des Kindes abgestimmt. Therapeutische Interventionen ergänzen und unterstützen somit die pädagogische Arbeit, zum Beispiel beim Abbau verfestigter Verhaltensstörungen (vgl. Heitkamp 1984, S.160f).

Weitere Möglichkeiten der Zusammenarbeit:

- *regelmäßige Mitarbeiterkonferenzen* (unterschiedliche Erwartungen können ausgetauscht und reflektiert und gemeinsame Handlungsstrategien erarbeitet werden);
- *regelmäßige Fort- und Weiterbildungen* (auch gemeinsame thematisch orientierte heiminterne Fortbildungen);
- *regelmäßige Supervisionen* für einzelne Mitarbeiter oder für das ganze Team durch einen Supervisor (Handlungsmuster und Konflikte werden besprochen) (vgl. Flosdorf 2003, S.408f);
- *Verhaltenstherapeutische Praxisanleitungen und Fallbesprechungen* (dienen zur Erziehungs- und Therapieplanung und können fallbezogen auf einen Mitarbeiter gerichtet sein oder unter prozessorientierter Gesamtorientierung erfolgen, wobei grundsätzliche Themen besprochen und übergreifende konzeptionelle und langfristige Planungen vorgenommen werden können) (vgl. Reidel 2003, S.414-S.314; vgl. Flosdorf 2003, S.409).

Praxisberatung und Supervision sind wichtige methodische Elemente innerhalb der therapeutischen Heimerziehung, so zum Beispiel im Hinblick auf ein gemeinsames Verstehen und eine Orientierung am Kind, auf die Entwicklung einer gemeinsamen Konzeption, auf das Aushandeln von Einstellungen und Haltungen, auf die Anleitung zum therapeutischen Handeln etc. Praxisberatung fördert die Entwicklung eines therapeutischen Milieus und die Integration von therapeutischen Ansätzen in den erzieherischen Heimalltag (vgl. Schmid 1980, S.63f).

4.4 Probleme und Grenzen in der Zusammenarbeit

4.4.1 Therapeutisierung

Therapeutisierung dient als „Versuch ... therapeutisches ... Wissen als eine spezifische Form von Sonderwissen [Expertenwissen] gegenüber Alltagswissen abzugrenzen und ihm dadurch einen höheren Status zu verleihen“ (Schiedeck 1985, S.205). Die Verwissenschaftlichung im sozialen Bereich gestaltet sich problematisch, wenn Therapie als fundierte und abgesicherte Form von Hilfe und Sozialarbeit als defizitäre alltägliche Hilfe verstanden wird (vgl. ebenda, S.206). Das Problem besteht darin, dass Alltagswissen entwertet und therapeutisches Wissen überbewertet wird. So wird aus alltäglicher Lebenshilfe Beratung und Therapie und der Bezug zur Person geht verloren.

Stärke und Sinn alltagsorientierter Sozialarbeit liegen jedoch gerade in der Beziehung zum Jugendlichen, welche als Orientierungshilfe und Stütze dient. Steht jedoch die professionelle

Fachkompetenz des Experten im Vordergrund, rückt der Jugendliche in den Hintergrund. Schiedeck betont die Bedeutung von lebensweltlichem Wissen und Handeln, welches nicht mit wissenschaftlichen Kenntnissen zu vergleichen ist. Da sich therapeutisches Handeln über den Einsatz unterschiedlicher wissenschaftlicher Methoden auszeichnet, geht es bei der Professionalisierung von Sozialarbeitern auch um das Erlernen und Beherrschen solcher Techniken/Verfahren und um die Erlangung von Zusatzausbildungen. Schiedeck sieht darin die Gefahr, dass kommunikatives Handeln durch strategisch-zweckrationales Handeln ersetzt wird und die Bedeutung der Beziehung somit vergessen wird (vgl. ebenda, S.207ff).

Therapeutisierung tritt also ein, wenn:

1. Therapie die Übermacht nimmt und Pädagogik ersetzt;
2. komplexe Probleme auf psychologisch-therapeutische Denk- und Handlungsmodelle beschränkt werden (Konzentration nur auf Defizite, die therapiert werden müssen);
3. nur die therapeutischen Möglichkeiten gesehen und pädagogische verkannt werden und somit die Komplexität der Alltagspraxis nicht richtig eingeschätzt wird.

Dies führt dazu, dass Erzieher und Sozialarbeiter sich unsicher und untergeordnet fühlen und die Lebensperspektiven junger Menschen verloren gehen, da sich nur auf ihre therapierbaren Verhaltenstörungen konzentriert wird (vgl. Freiburg 1980, S.11).

Unter diesen Voraussetzungen lässt sich keine gute Kooperation zwischen pädagogischen und therapeutischen Fachkräften realisieren. Freiburg bemerkt weiterhin, dass therapeutische Maßnahmen, die keinen Bezug zur Alltagsrealität aufweisen auch nur eine geringe Wirkung erzielen können (vgl. ebenda 1980, S.18).

4.4.1.1 Chancen der Therapeutisierung

a) Die Dimension des Unbewussten

Die Psychoanalyse ermöglicht es, den Sinn des problematischen Verhaltens eines Kindes zu verstehen. Durch wiederholte Inszenierungen wird Erlebtes verarbeitet und Lebenseindrücke psychisch bewältigt. Somit werden anhand des therapeutischen Deutungsmusters unbewusste und sehr wirksame Erziehungseinflüsse ersichtlich. Es geht darum, den Unterschied zwischen Verhalten und persönlichen Intentionen und somit die subjektive Sinnstruktur zu erfassen. Das Verhalten wird also differenzierter eingeschätzt und komplexe Zusammenhänge können näher beleuchtet werden (vgl. Schön 2005, S.57f).

b) Die biographische Dimension

In der Therapie wird die subjektive Perspektive des Klienten betrachtet, Schwierigkeiten und Handlungsstrategien gelten als erfahrungsbedingt und werden als sinnvoll verstanden. Therapie macht einen Sinn, wenn alltägliche Ressourcen nicht ausreichen, um Krisen zu bewältigen. Der therapeutische Blickwinkel ermöglicht somit neue Perspektiven. Der junge Mensch kann entweder zu einer neuen Einstellung gelangen oder er wird motiviert, den Kontext zu verändern (vgl. Schön 2005, S.60f). Die Lebensgeschichte wird versucht zu verstehen, die Entstehung der Probleme analysiert und Gefühle offenbart bzw. ausgedrückt. Der junge Mensch soll sich als Subjekt erleben, das fähig zur Reflexion, Handlungsfähigkeit und Veränderung ist und eigene, aktive Möglichkeiten besitzt. Therapie kann in diesem Zusammenhang Blockaden auflösen und neue Lern- Erfahrungen und Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen. Die Bedeutung frühkindlicher Erfahrungen und die Veränderung der derzeitigen Persönlichkeit stehen oft im Mittelpunkt der Therapie. Dieser Zugang hat die Erziehungswissenschaft und den erzieherischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen verändert. So bestehen auch veränderte Einstellungen im Hinblick auf die Störungen junger Menschen, die somit nicht mehr als bewusst, böse, mutwillig etc. gelten (vgl. ebenda, S.61f). Therapie wird also notwendig, wenn die Selbstheilungskräfte eines Menschen blockiert sind und durch Therapiemaßnahmen wieder aktiviert werden können (vgl. ebenda, S.65).

c) Bedeutung von Emotionen und Körpersprache

Im Gegensatz zu Pädagogen beobachten Therapeuten auch besonders Körpersprache, Mimik, Haltung und Sprache eines jungen Menschen (drücken Bedürfnisse und Interessen aus, die unbewusst und verdrängt ablaufen). In der Therapie können Zusammenhänge zwischen Körper und Emotionen „entschlüsselt“ werden. Therapeuten nehmen somit häufig mehr Rücksicht auf Gefühle und Körperempfindungen (vgl. Schön 2005, S.68ff).

d) Personenorientierte Arbeitsweisen

In therapeutischen Settings existieren verschiedene kreative Ausdrucksmöglichkeiten (Gespräch, Gestalttherapie, Gruppendynamik, Psychodrama, Soziogramm, personenbezogener Ansatz etc.). Diese ermöglichen die Erweiterung der Ausdrucksfähigkeit der Jugendlichen und die Beeinflussungsmöglichkeit des Therapeuten (vgl. Schön 2005, S.71 ff).

4.4.1.2 Probleme der Therapeutisierung

a) Etikettierung und Schuldzuschreibung

Verhaltensauffälligkeiten von Kindern werden beim therapeutischen Deutungsmuster als psychisches Problem angesehen, welches therapeutisch behandelt werden muss. Somit wird für jedes Verhalten vom Experten eine Störung diagnostiziert, die behandelt werden muss. Deshalb wird der Bedarf an spezialisierten Fachkräften immer größer (vgl. Schön 2005, S.81).

Es ist fraglich, ob nicht auch vieles vorschnell als Verhaltensstörung etikettiert wird, was früher noch normal war und auch mit pädagogischen Mitteln verändert werden konnte. Schön weist kritisch darauf hin, dass Kinder auch „gestörter“ werden, damit professionelle, therapeutische Fachkräfte zum Einsatz kommen können und ihre Arbeit honoriert und bewundert sehen.

Weiterhin erfolgt dadurch auch eine Vermarktung medikamentöser Behandlungsmittel, z.B. von Psychopharmaka, Ritalin etc. Schön konstatiert, dass Auffälligkeiten von jungen Menschen zu Diagnosen zusammengefasst werden, die einzeln nicht als krankhaft gelten würden. Somit steigt wiederum die Zahl der Jugendlichen, bei denen eine Störung festgestellt wird (vgl. ebenda, S.83ff).

Problematisch erscheint es ebenso, wenn Störungen nur im Kind, als sein individuelles und selbst verschuldetes Problem gesehen werden. So lange jedoch der institutionelle und gesellschaftliche Kontext nicht berücksichtigt werden, geraten die Fortschritte, welche durch das therapeutische Deutungsmuster erlangt werden konnten (weg von Schuldzuschreibung und Bestrafung hin zu Verständnis und Krankheitseinsicht), wieder in den Hintergrund (vgl. ebenda, S.87).

b) Professionalisierung und Spezialisierung

Aufgrund der zunehmenden Ausbreitung des therapeutischen Verständnisses resultiert eine Differenzierung der pädagogischen und therapeutischen Berufsgruppen. Für immer mehr Tätigkeiten wird eine spezielle Ausbildung gefordert, Experten scheinen überlegen zu sein. Durch die Therapeutisierung wird die Zuständigkeit von Eltern, Lehrern und Sozialarbeitern an den Therapeuten verschoben. Dies führt nach Schön zu der Annahme, dass Pädagogen und Laien Probleme in der individuellen Entwicklung und in sozialen Beziehungen nicht mehr ohne einen Spezialisten bewältigen können. Erziehung und Entwicklung werden als planbar betrachtet, das Erreichen von Erziehungszielen erscheint anhand spezieller Erziehungsmethoden als kalkulierbar. Dabei wird das Individuum mit seinem Willen, seiner Eigenständigkeit und seinem Widerstand nicht gesehen. Somit erfolgt eine zunehmende Professionalisierung und Spezialisierung menschlicher Umgangsweisen.

Ebenso problematisch erscheint die Vermarktung der Psychotherapie. Authentische Zuwendung, Interesse und Beziehung gehen dabei verloren. Weiterhin werden immer mehr Fort- und Weiterbildungen gefordert, zum Erwerb therapeutischer Zusatzausbildungen (vgl. Schön 2005, S.88ff).

c) Verschiebung der Schuld auf die Eltern

Beim therapeutischen Deutungsmuster werden meist Eltern für die Probleme der Kinder verantwortlich gemacht. Insbesondere bei der Mutter wird häufig die Schuld gesucht, der Vater gerät in den Hintergrund. Auch die Schwierigkeiten von Erwachsenen werden vermehrt auf Kindheitserlebnisse zurückgeführt. Jedoch wird bei der Verschiebung der Problematik vom „bösen“ Kind auf die „böse“ Mutter weiterhin an Schuldzuschreibung und individueller Verantwortung für das schwierige Verhalten festgehalten. Das Muster bleibt das gleiche. Die Mutter wird somit immer mehr verunsichert, in ihrer Erziehung falsch zu handeln. Daher trägt sie noch größeren Druck und Verantwortung mit sich herum und kann psychisch schneller erkranken (vgl. Schön 2005, S.91ff). Mütter befinden sich jedoch häufig selbst in ökonomischen, sozialen und psychischen Zwängen und können daher Bedürfnisse ihres Kindes nicht erkennen oder befriedigen. Dies macht eine Reflektion der psychosozialen Verhältnisse der Familiengeschichte und gesellschaftlicher Prozesse erforderlich. Der Therapeut muss demnach allparteilich sein und die Familienstruktur systemisch betrachten (vgl. ebenda, S.95ff).

d) Ausblendung von sozialen und gesellschaftlichen Begrenzungen

Bei der Konzentration auf die individuellen Probleme eines jungen Menschen, besteht die Gefahr, dass Bedeutung und Einflüsse von gruppenspezifischen und gesellschaftlichen Faktoren nicht gesehen werden. Im therapeutischen Deutungsmuster werden Erfahrungen demnach oft auf Interaktionsprozesse und Beziehungen reduziert, Orte und Kultur vernachlässigt. Gesellschaftliche Macht, Ohnmacht, Reichtum und Armut etc. werden zugunsten psychischer Komponenten ausgeblendet (vgl. Schön 2005, S.98f).

e) Überhöhte Erwartungen

Es entsteht leicht die Erwartung, dass Therapie immer zur Lösung und zur Aufhebung der Probleme führen soll. Der Therapeut soll demnach heilen, er ist autoritär, wird für sein Können bewundert und seine Motive werden als edel und unhinterfragt angesehen (vgl. Schön 2005, S.102f).

4.4.2 Differenzierung, Spezialisierung, Hierarchien und Konkurrenz

Differenzierung und Spezialisierung in der Heimerziehung hat Abgrenzung und Konkurrenz zur Folge. Es entsteht ein Machtgefälle bzw. eine Hierarchie, wobei die „Spezialisten“ oben stehen. Ein Spannungsverhältnis besteht besonders da, wo pädagogische Mitarbeiter, die täglich in der Heimerziehung arbeiten und somit die größte Verantwortung tragen, kaum Anerkennung erhalten, schlechter bezahlt werden, ungünstigere Arbeitszeiten und -bedingungen und geringere Aufstiegsmöglichkeiten besitzen (vgl. Patzelt 2003, S.176).

Wenn dem so ist, fühlen sich Erzieher und Sozialarbeiter unterschätzt, zu wenig respektiert und nicht genügend bei der Erziehung der jungen Menschen unterstützt. Sie müssen den ganzen Tag für einen problemfreien Ablauf in der Heimeinrichtung sorgen, werden dafür jedoch selten gestärkt, sondern nur kritisiert wenn etwas schief läuft (vgl. Durrant 1996, S.204f). Erzieher reagieren darauf entweder mit Akzeptanz, Abgrenzung und Beschränkung auf ihren Aufgabenbereich oder sie streben nach Zusatzqualifikationen, um sich ebenfalls für therapeutische Arbeit zu qualifizieren (vgl. Späth 1978, S.64). Diese Unterschiede in Qualifikation, Bezahlung, Status und Berufserfahrung führen zwischen den Fachkräften häufig zu großen Schwierigkeiten und verhindern eine partnerschaftliche Kooperation.

Falsche und überhöhte Erwartungen und gegenseitige Vorurteile und Vorwürfe erschweren die Zusammenarbeit zusätzlich. Hinzu kommt, dass die sozialpädagogische „Alltagsarbeit“ gesellschaftlich nicht so geschätzt wird wie die therapeutische Arbeit, der man im Gegenzug zuschreibt, dass sie auf wissenschaftlichen Methoden basiert (vgl. Christ/Wedekind 1979, S.156; vgl. Frommann 1978, S.44f).

Weiterhin treten Abgrenzungsschwierigkeiten der Professionen auf, wenn sich die Fachkräfte ihrer Rolle und Funktion nicht bewusst sind und der des anderen auch nicht. Dies führt zu ungeklärten und gegenseitigen Erwartungen, Misstrauen und Neid. Gemeinsames Handeln und Kooperation sind erst möglich, wenn sich beide Berufsgruppen voneinander abgrenzen können. Sonst besteht nach Schleiffer die Gefahr, dass Konkurrenz und gegenseitige Abwertung entstehen (vgl. Schleiffer 2001, S.215f). Wenn zwischen pädagogischen und therapeutischen Fachkräften Hierarchie und Kooperationsprobleme herrschen, birgt das die Gefahr, dass der Alltag der Kinder in der Heimgruppe zersplittert wird, z.B. durch unkoordinierte Arbeitsteilung (vgl. Blum-Maurice/Wedekind 1979, S.98).

Problematisch sind weiterhin fehlender gegenseitiger Austausch, fehlendes Verständnis füreinander, fehlendes Wissen über die Tätigkeit des anderen, mangelnder Teamabsprachen und Kooperationsfähigkeit und eine fehlende einheitliche Fachsprache (vgl. Uerlichs 1980, S.51f).

Sowohl Therapeuten als auch Erzieher glauben häufig, dass sie die entscheidende Wirkung auf den Jugendlichen bezüglich einer Verhaltensänderung speziell durch ihre Interventionen und Interaktionen (einerseits im Therapieraum, andererseits im Alltag) erzeugen. Therapeuten denken dabei häufig, dass die Erzieher nur dafür zuständig sind, die Kinder zwischen den Therapiesitzungen zu betreuen und sie darauf vorzubereiten. Umgekehrt sind Erzieher oft der Auffassung, dass Therapien nur den Alltags- und Gruppenablauf durcheinander bringen, keine große Bedeutung aufweisen und sind genervt von den Anweisungen der Therapeuten, die sie umsetzen sollen. Weiterhin fühlen sie sich häufig von den Therapeuten kontrolliert und selbst in ihrer Arbeit beschränkt, weil sie sich auf den Therapieverlauf einstellen müssen. Im Gegenzug dazu beklagen die Therapeuten oft zu wenig in die Hilfeplanung einbezogen zu werden und einen mangelnden Austausch mit den Erziehern. Je größer die Distanz zwischen Therapie und Erziehungsalltag ist, umso eher entstehen Spannungen und Konkurrenz zwischen den verschiedenen Fachkräften innerhalb einer Einrichtung (vgl. Durrant 1996, S.21f; vgl. Freiburg 1980, S.18; vgl. Weiß 2003, S.122).

Allgemein führt Denken und Handeln, welches auf Hierarchie basiert, zu Minderwertigkeitsgefühlen, Abwehr, Abneigung und Angst um die eigene Position innerhalb der Einrichtung (vgl. Bettelheim 1990, S.243). Um ein gleichberechtigtes Zusammenwirken der Fachkräfte zu realisieren, ist es nach Bettelheim notwendig, Vorrechte durch die unterschiedlichen Rangstufen aufzugeben (vgl. ebenda, S.259).

4.4.3 Rolle und Funktion des Spezialisten in der Heimeinrichtung - Entwertung der pädagogischen Arbeit

Der Psychologe/Therapeut als Spezialist

Wenn die Erziehertätigkeit nur noch auf haushaltstechnische Aufgaben, Disziplinieren und Kontrollieren beschränkt wird und es an gemeinsamer Kommunikation, Handeln und Erlebnissen mit den Jugendlichen fehlt, dann wirkt sich das negativ auf die Kooperation der Fachkräfte aus. Somit geht der pädagogische Bezug verloren bzw. wird auf die Therapie verlagert. Problematisch ist es, wenn Therapeuten und Psychologen als „Spezialisten“ gelten, in der Einrichtung eine übergeordnete Rolle einnehmen und mehr Anerkennung erfahren. Somit wird die Bedeutung des Erziehers und des Alltags in der Gruppe als wichtigen Lebens-, Lern- und Erfahrungs- Ort herabgesetzt.

Wenn der Psychologe/Therapeut nicht in die Arbeits- und Freizeitplanung der Gruppe einbezogen wird und am Gruppengeschehen teilnimmt, kann das zu störenden Eingriffen und Zerstückelung im Alltag der Heimerziehung und des Kindes führen. Wenn die Therapiestunden dann

noch mehr Gewicht als die Interessen des Kindes und der Gruppe einnehmen und somit gemeinsame Unternehmungen eingeschränkt werden, entstehen schnell Konflikte zwischen den Professionen (vgl. Späth 1979, S.39ff; vgl. Uerlichs 1980, S.52).

Integrierte Therapie

Freiburg konstatiert, dass nicht die nach ihm sogar notwendige Abgrenzung der Professionen problematisch ist, sondern Spezialisten, die vom pädagogischen Alltag abgegrenzt arbeiten. Psychologisch-therapeutisches Wissen kann sich erst als hilfreich erweisen, wenn es sich auf das Pädagogische bezieht und im Alltag des Kindes integriert wird (vgl. Freiburg 1980, S.19). Auch Späth äußert sich kritisch demgegenüber, dass Therapie im Heim von separat arbeitenden und höher eingestuften Therapeuten durchgeführt wird. Dies würde ein erziehungsfeindliches Klima zur Folge haben und lediglich der Selbstdarstellung und Imageverbesserung der Einrichtung nutzen, auf Kosten der Kinder und pädagogischen Mitarbeiter. Wichtig sind Bezugspersonen, die regelmäßig vor Ort sind. Ein situationsbezogenes therapeutisches Gespräch, welches im aktuellen Lebenskontext stattfindet, ermöglicht es, schwierige Verhaltensweisen der Jugendlichen zu erforschen und ihnen alternative Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. (vgl. Späth 1978, S.67).

Negative Effekte bei der Anwesenheit von Spezialisten

Schwierig gestaltet es sich weiterhin, wenn der junge Mensch nur noch auf Störungen und Defizite reduziert wird, welche behandelt werden müssen, weil der Pädagoge unter Druck steht, Verhaltensauffälligkeiten beim Kind als therapiebedürftig zu erkennen. Dies läuft einer ganzheitlichen Betrachtung entgegen und führt zu vermehrten Zuschreibungen, Diagnosen und Stigmatisierung (vgl. Heitkamp 1984, S.161f). Weiterhin darf die Anwesenheit von Spezialisten nicht dazu beitragen, dass die Erzieher und das Team sich gegenseitig nicht mehr beraten. Zudem sollten emotionale Bedürfnisse der Kinder (nach Interesse, Zeit, Beschäftigung, Geborgenheit etc.) nicht durch Therapiesitzungen gestillt werden, sondern von pädagogischen Bezugspersonen. Sehr schwierig gestaltet es sich, wenn eine Abhängigkeit vom Spezialisten entsteht und somit die Entmündigung der Erzieher bewirkt wird (vgl. Späth 1979, S.39ff).

Herabwürdigung der Pädagogik und Überbewertung der Therapie

Wenn die Kompetenz der pädagogischen Fachkräfte herabgesetzt wird und sie therapeutische Sichtweisen und Erklärungsmuster übernehmen, bzw. Psychologen immer größeren Einfluss ausüben, wird die Therapeutisierung der Konzeption/Einrichtung bewirkt. Der Blick ist dann allein auf die Störungen der jungen Menschen gerichtet (vgl. Blum-Maurice/Wedekind 1979,

S.98). Manchmal führt jedoch auch die eigene Unterbewertung und das mangelnde Selbst- und Rollenverständnis der pädagogischen Mitarbeiter zu Schwierigkeiten und zu einer mangelnden selbstbewussten Berufsidentität. Diese wird durch Selbstzweifel und Überforderung aus der Erwartung heraus, auch therapeutisch handeln zu wollen, ausgelöst. Es erfolgt eine Delegation der Probleme in die Therapie. Erzieher fühlen sich dadurch weniger wichtig, sind unsicher und unzufrieden (vgl. Thiersch 1979, S.16f; vgl. Uerlichs 1980, S.51). Sie befürchten, dass die Jugendlichen lieber mit den Psychologen sprechen und haben das Gefühl, mit der psychotherapeutischen Kommunikation nicht mithalten zu können. Somit wird pädagogisches Handeln von außen und von den Fachkräften selbst häufig entwertet (vgl. Schleiffer 2001, S.230f).

Je mehr psychologische/therapeutische Fachkräfte in eine Krise eingreifen (um sie selbst zu lösen und die Verantwortung zu übernehmen), umso mehr werden die Kompetenzen der pädagogischen Fachkräfte untergraben und sie fühlen sich als gescheitert und unfähig zur Problemlösung. Eine effektive Kooperation zwischen den Fachkräften kann nicht gelingen, wenn pädagogische Mitarbeiter sich als machtlos und inkompetent erleben (vgl. Durrant 1996, S.206ff). „Erst ein gelungenes Zusammenspiel von PsychologInnen und ErzieherInnen macht eine erfolgreiche Therapie überhaupt möglich“ (Rapp 1998, S.261).

Funktion und Rolle des Spezialisten innerhalb der Einrichtung

Psychologen und Psychotherapeuten in therapeutischen Heimeinrichtungen haben vielfältige Aufgaben zu gewährleisten. Dazu gehören zum Beispiel Diagnostik, Beratung und Therapie der jungen Menschen, Elternarbeit, Beratung des pädagogischen Teams, Organisation von Fortbildungen etc. Eine erfolgreiche Arbeit ist jedoch abhängig von ihrer Stellung im Heim und in dem Team (vgl. Rapp 1998, S.14ff/S.261). Meist haben „Spezialisten“ mit unterschiedlichen Erwartungen zu kämpfen. Auf der einen Seite wird von ihnen Unterstützung und Heilung erwartet, auf der anderen Seite begegnen ihnen Misstrauen und Konkurrenzgefühle. Mit der Einführung der Verhaltenstherapie in Heimeinrichtungen, konnte mehr Offenheit der Therapien erlangt werden (finden nicht mehr so separiert statt). Somit dienen Erzieher teilweise als Co-Therapeuten. Häufig fehlt es jedoch trotzdem an abgestimmten kooperativen Konzepten, wechselseitigem Austausch und gemeinsamer Reflexion. Um dies zu erreichen, müssen Aufgaben, Abläufe, Rolleneinteilungen und Kompetenzen klar strukturiert und eingeteilt sein. Oftmals wird dem Psychologen auch seitens der Kinder Distanz entgegen gebracht. Eine wirksame therapeutische Arbeit mit dem jungen Menschen kann nur entstehen, wenn die pädagogischen Mitarbeiter den Psychologen akzeptieren und achten und die Kinder dies spüren (vgl. ebenda, S.19ff).

5. Konzepte und Ansätze therapeutischer Heimeinrichtungen

Im vorherigen Rahmen wurde ein Einblick in die wesentlichen Merkmale therapeutischer Heimerziehung gegeben. Es wurde beschrieben, welche Ansätze dabei existieren, was als therapeutisches Milieu charakterisiert werden und wie sich in diesem Zusammenhang die Kooperation der pädagogischen und therapeutischen Fachkräfte innerhalb einer Einrichtung gestalten kann. Im Anschluss soll dies jetzt anhand von ausgewählten, aktuellen Konzeptionen therapeutischer Heimeinrichtungen beleuchtet und überprüft werden. Welche Therapieansätze werden tatsächlich angewandt und wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der Professionen in der Praxis? Dabei beziehe ich mich auf die bereits vorgestellten Formen der Zusammenarbeit nach Heitkamp im Punkt 4.3 und auf die unterschiedlichen Therapieansätze, welche im Punkt 3.2.4 erläutert wurden. Während in den vorherigen Kapiteln der Blick auf therapeutischen Heimeinrichtungen allgemein lag, kann die folgende Betrachtung als speziell konzeptionell begriffen werden. Vorab wird bemerkt, dass alle Einrichtungen, die hier benannt werden, auf Grundlage des § 27 SGB VIII in Verbindung mit § 34 und § 35a SGB VIII Kinder und Jugendliche unterbringen. Einige nehmen auch Volljährige gemäß § 41 SGB VIII auf. Die generelle Aufenthaltsdauer in den Einrichtungen richtet sich nach der individuellen Problematik des jungen Menschen, liegt meist jedoch bei mindestens 1-2 Jahren.

5.1 Heimeinrichtungen mit einem psychologischen Fachdienst oder mit separat arbeitenden Psychologen/Psychotherapeuten im Team

5.1.1 Therapeutische Wohngruppe - Seeigel

Diese Einrichtung richtet sich an junge Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, Erziehungsstörungen, Sozial- und Integrationsproblemen. Ziel der Unterbringung ist es, Kinder und Jugendliche zu einem eigenverantwortlichen Leben und zu einem selbstverantwortlichen Umgang mit der psychischen Erkrankung zu befähigen. Weitere Ziele sind die Verselbstständigung, das Erarbeiten lebenspraktischer Fähigkeiten, die individuelle Zukunftsplanung und die Bildung sozialer Kompetenzen (vgl. Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands e.V. 2008, S.4).

Hier existiert neben dem pädagogischen Fachpersonal und einem Ergotherapeuten ein psychologischer Fachdienst, der therapeutische Leistungen auf Grundlage der Dialektisch- Behavioralen Therapie (DBT) erbringt. Zwar verfolgt die Einrichtung das Ziel, dass Therapie alltäglich sein soll, jedoch findet diese separiert vom Alltag statt.

Die DBT ist hier die dominierende Therapieform, welche lerntheoretische mit verhaltenstherapeutischen Methoden verbindet und in Einzel- oder Gruppentherapie absolviert wird. Dabei sollen dysfunktionale Verhaltensmuster verändert werden. Angewandte Methoden der DBT sind hier z.B. Selbstsicherheitstrainings, Rollenspiele, Körperwahrnehmung, Stressreduktion und Affektkontrolle. Weiterhin verfolgt die Konzeption dieser Einrichtung eine systemische Orientierung und bezieht somit die Familie der jungen Menschen ein. Weitere therapeutische Angebote, die den Kindern und Jugendlichen in dieser Wohngruppe unterbreitet werden, sind: psychotherapeutische Maßnahmen, heilpädagogische Therapieformen, Ergotherapie und erlebnispädagogische Angebote (vgl. ebenda, S.5ff/S.9).

Die Gruppe soll als verlässliche Gemeinschaft dienen, in der Lernprozesse aktiviert werden. Die Förderung von Leistungsfähigkeit, Stressabbau und die Stärkung des Selbstvertrauens erfolgt hier vorrangig über Sport und Bewegung (vgl. ebenda, S.5).

Fazit

In dieser Einrichtung findet eine Kooperation der Professionen demnach nur auf Grundlage eines fachlichen Austausches zwischen dem pädagogischen Gruppenpersonal und dem psychologischen Fachdienst statt, nicht jedoch durch die alltägliche und effektive Verbindung von Pädagogik und Therapie.

5.1.2 Therapeutische Wohngruppe - Virginia

Virginia stellt eine therapeutische Wohngruppe speziell für weibliche Jugendliche, Schwangere und junge Mütter ab 12 Jahren dar (vgl. Virginia 2008, S.1). Die Ziele sind individuell darauf abgestimmt, ob es sich um junge Mädchen oder um werdende Mütter handelt. Bei den weiblichen Jugendlichen stehen dabei meist Neustrukturierung des Alltags, Überwindung von Störungen und Entwicklungsdefiziten, Mobilisierung von Ressourcen, Förderung sozialer, schulischer und beruflicher Kompetenzen, Aufarbeitung negativer Erlebnisse und die Entfaltung der Persönlichkeit im Vordergrund. Bei Schwangeren und Müttern geht es spezifisch um den Aufbau einer tragfähigen Mutter-Kind-Beziehung, der Unterstützung der Mutter bei der Identifizierung mit ihrer neuen Rolle und bei der Entwicklung von Zukunftsperspektiven, der Aneignung von Wissen und Können im Umgang mit dem Kind (vgl. ebenda, S.2/S.8ff/S.12). Nach erfolgter Diagnostik werden Ressourcen und Defizite der Mädchen analysiert.

Neben den pädagogischen Fachkräften, die für die Erziehung, Betreuung und Förderung der Mädchen im Alltag zuständig sind, ergänzt eine Psychologin/Psychotherapeutin das Team der Einrichtung. Diese ist für Therapie und Beratung, Diagnostik, Eltern- und Familienarbeit,

Teamberatung und die Mitgestaltung der Gruppenabende verantwortlich (vgl. ebenda, S.14). Die Psychotherapeutin arbeitet nach einem integrativen Ansatz und kombiniert somit verhaltens- und gestalttherapeutische Methoden auf Grundlage des systemischen Denkmodells (entwicklungsorientierte und lösungsorientierte Ansätze). Weitere therapeutische Richtungen dienen als Ergänzung. Der jeweilige Schwerpunkt wird individuell auf die Jugendlichen abgestimmt (vgl. ebenda, S.7/S.16). Neben separierten Einzeltherapiestunden, Eingangs- und Verlaufsdagnostik, Testverfahren und therapeutischer Familienarbeit (wobei Struktur und Dynamik des Familiensystems einbezogen werden), finden auch therapeutische Gruppenangebote statt. So nimmt die Psychologin zum Beispiel an Gruppenabenden oder Festen teil und begleitet diese therapeutisch. Die Mädchen sollen durch die Therapie zu mehr Autonomie gelangen, lernen ihre Gefühle auszudrücken und Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen sowie Blockaden lösen können (vgl. ebenda, S.1/S.11f/S.15ff).

Fazit

In dieser Einrichtung wird versucht im Alltag der Mädchen therapeutisch wirksam zu werden. Dadurch, dass der Psychologin alle therapeutischen Aufgaben zugeordnet sind und sie dafür allein verantwortlich ist, kann man auch hier wahrscheinlich nicht auf eine effektive und intensive Kooperation der Fachkräfte untereinander schließen. Es lässt sich einschätzen, dass es bei solch einem Konzept wahrscheinlich eher zu den im vierten Kapitel genannten Problemen in der Zusammenarbeit der Mitarbeiter kommen kann. Positiv lässt sich vermerken, dass die Psychologin zumindest keine Leitungsfunktion einnimmt, welche die Gefahr von Konkurrenz, Distanz und Abwehr noch verschärfen würde.

5.2 Therapeutisches Milieu - Therapie in den Alltag integriert

5.2.1 Therapeutische Wohngruppen Gemini

In den therapeutischen Wohngruppen von Gemini werden Jugendliche und junge Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen (neurotischen Störungen, Persönlichkeits- und Borderline-Störungen, Psychotische Störungen, Suizidalität etc.) aufgenommen. Ihnen soll laut Konzeption ein Betreuungs- und Wohnangebot in einem sozialtherapeutischen Milieu unterbreitet werden. Ziele sind Stabilisierung, Gesundung, Nachreifung, Nachsozialisierung und Verselbstständigung der jungen Menschen. Im Vordergrund steht die Entwicklung einer Lebensperspektive. Außerdem soll durch den Aufenthalt in der Einrichtung die Lücke zwischen

Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe geschlossen bzw. Klinikaufenthalte vermieden werden (vgl. Gemini, URL 2009, S.1).

In den Wohngruppen wird pädagogisches und sozialpädagogisches Handeln als therapeutische Intervention verstanden. Zwei Psychologen/Psychotherapeuten übernehmen innerhalb des Teams die Fachleitung. Daneben arbeiten noch 1 Projektleiter, 2 Sozialarbeiter und 4-5 Erzieher in dem Team. Wichtig ist aber vor allem die kontinuierliche Präsenz der Bezugsbetreuer. Mit externen Ärzten wird intensiv zusammengearbeitet. So besuchen alle Jugendlichen eine Einzelpsychotherapie oder werden psychiatrisch behandelt. Das therapeutische Milieu innerhalb der Einrichtung versteht sich als psychologisch-therapeutisch geleitete und sozialpädagogische Hilfe. Es bietet den Jugendlichen Schutz und soll somit Neuorientierung ermöglichen. Traumatisierungen und Verletzungen werden bearbeitet. Alle Berufsgruppen sind an der Gestaltung des therapeutischen Milieus beteiligt. Eine Therapeutisierung des Alltages wird jedoch verhindert. Stattdessen sollen die Störungsbilder der jungen Menschen, ihre Ressourcen und die Gruppendynamik in die pädagogisch-therapeutische Arbeit einbezogen werden. Das therapeutische Milieu wirkt im gesamten Lebensumfeld heilsam. Therapeutisches Wissen soll durch wöchentliche, mehrstündige, prozessorientierte und psychotherapeutisch fachkompetente Anleitung in den pädagogischen Alltag integriert werden. Jedoch treten die Therapeuten im Lebensort der jungen Menschen nicht in Erscheinung. Die externe Einzelpsychotherapie wirkt ergänzend zum sozialtherapeutischen Milieu. Zwischen den Fachkräften findet ein regelmäßiger Austausch über die Entwicklung der Jugendlichen statt (vgl. ebenda, S.2f).

Fazit

Es ist zweifelhaft ob in diesem therapeutischen Milieu (von dem die Einrichtung in ihrer Konzeption selbst spricht) wirklich eine gleichberechtigte Zusammenarbeit der pädagogischen und therapeutischen Fachkräfte realisiert wird. Wenn man dabei an Bettelheims Vorstellungen denkt, muss man sagen, dass dem nicht so ist. Zum einen übernehmen hier die Psychotherapeuten die gesamte Leitung, und zum anderen werden sie im pädagogischen Alltag nicht wirksam durch ihre Person, sondern lediglich indem sie ihr Wissen anleitend an die pädagogischen Fachkräfte weitergeben. Es ist schwer vorstellbar, dass bei diesen Voraussetzungen keine Hierarchie und Konkurrenz entstehen. Fraglich bleibt auch, wieso die fachliche Leitung nicht sowohl auf eine pädagogische, als auch auf eine therapeutische Fachkraft verteilt ist. Weiterhin könnte anstatt von einseitiger Beratung und Anleitung auch von gegenseitiger die Rede sein.

5.2.2 Therapeutisches Kleinstheim - Haus Kanapee

Diese Heimeinrichtung ist auf weibliche Jugendliche und junge Erwachsene, sowie Schwangere und Mütter zwischen 14 und 25 Jahren spezialisiert, die eine psychotherapeutische Behandlung aufgrund von Persönlichkeitsstörungen, posttraumatischen Störungen, Neurosen, Anpassungsstörungen, Depressionen, Essstörungen und als Anschluss an einen stationären psychiatrischen Aufenthalt benötigen. Hauptziel ist es, die jungen Mädchen und Frauen zur eigenständigen Lebensführung zu befähigen (vgl. Haus Kanapee 2007, S.2).

Den Mädchen und Frauen wird mit Authentizität, Wertschätzung und Empathie begegnet. In der Einrichtung herrscht ein situativ-therapeutischer Ansatz, wobei Konflikte sofort aufgegriffen und bearbeitet werden. Der gesamte Alltag soll in die Therapie einbezogen werden (vgl. ebenda, S.3). Zudem nimmt die therapeutische Gemeinschaft einen hohen Rang ein. Tiefenpsychologische Psychotherapie/Psychoanalyse wird nicht im Haus, sondern von externen Psychotherapeuten gewährleistet. In der Einrichtung werden folgende Therapieformen angewandt: Training sozialer Fertigkeiten (DBT), Neurolinguistisches Programmieren (NLP), Gestalttherapie, Ericksonsche Hypnose, Arbeit mit Trancen, Entspannungsverfahren, Mediation und Reittherapie (vgl. ebenda, S.4ff).

Das besondere in der Einrichtung besteht darin, dass der Leiter (ein Psychotherapeut) mit im Haus der Jugendlichen lebt und am gesamten Tagesablauf der Einrichtung teilnimmt. Daneben arbeiten 2 examinierte Krankenschwestern, 2 Sozialpädagoginnen, 1 Heilerziehungspflegerin, 1 Erzieherin, 1 Haushälterin und 1 Pflegedienstleiterin in dem Team der Einrichtung. Somit ist die therapeutisch-erzieherische Versorgung rund um die Uhr gewährleistet (vgl. ebenda, S.3).

Fazit

In diesem Konzept wird nicht von einem therapeutischen Milieu gesprochen und man erfährt auch nicht, ob die Umgebung entsprechend gestaltet ist, um diesem auch zu entsprechen. Jedoch wird hier betont, dass die Therapie komplett in den Alltag integriert wird und dies auch dadurch, dass der Leiter mit im Haus lebt und die aufgezählten Therapien durchführt. Auffallend an dieser Einrichtung sind auch der hohe Personalschlüssel und der Einbezug medizinischer Kräfte. Insgesamt lässt sich hier gut vorstellen, dass Therapie nicht separat, sondern in den Alltag integriert erfolgt. Von Milieutherapie lässt sich dennoch nicht sprechen. Kritisch zu hinterfragen (trotz Vorteilen, die daraus entstehen) ist auch die permanente Anwesenheit des Psychotherapeuten und Leiters in der Einrichtung. Die therapeutische Verantwortung liegt nur auf einer einzelnen Person und es bleibt fraglich, in wiefern dies innerhalb des Teams regelmäßig kritisch besprochen und reflektiert wird.

5.2.3 Therapeutische Wohngruppe - Confido-Initiativen

Zielgruppe dieser Einrichtung sind traumatisierte Kinder, Jugendliche und junge Volljährige, die ein breites Spektrum an spezifischen Symptomen aufweisen (Dissoziationen, Depressionen, Schlafstörungen, Selbstverletzungen, Rückzug, Identitätsschwäche, Angstzustände, Sexualstörungen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Problemen etc.) (vgl. Confido-Initiativen 2003, S.4f). Ziele sind kompetente Hilfestellung, Vermeidung einer Chronifizierung des Traumas und die Wiederherstellung der Lebensqualität. Störungen, Symptome und Probleme sollen ursächlich geheilt und bearbeitet werden, Selbstbild, Beziehungsfähigkeit, Lebensenergie und Ressourcen sollen gestärkt, schädliche Überlebensstrategien aufgelöst und der Jugendliche soll aus seinen Ängsten und Zwängen befreit werden (vgl. ebenda, S.5f/S.11).

Die Einrichtung verfügt über eine Clearingstelle, in der eine differenzielle Eingangs- und Verlaufsdiagnostik erfolgt, die Körper, Sprache, Motorik, Emotionen, Sozialverhalten und Selbsteinschätzung umfasst. Auch das Hilfeplanverfahren läuft diagnosegeleitet, jede durchgeführte Einzelmaßnahme bezieht sich auf die Diagnose des jungen Menschen. Maßnahmen und Ziele werden aufgrund der Verlaufsdiagnostik fortgeschrieben. Weiterhin erfolgt in der Einrichtung ein Anamneseverfahren, Persönlichkeits- und Leistungsdiagnostik und Förder-, Erziehungs- und Therapieplanung. Das Handeln und Wirken der Fachkräfte kann als „problemorientiert“ beschrieben werden (vgl. ebenda, S.5f/s.8f). Im Gegensatz dazu soll innerhalb der Einrichtung ein ganzheitliches Förderkonzept umgesetzt werden, das alle Lebensbereiche einschließt und zeitliche, sachliche, personelle und räumliche Ressourcen nutzt (vgl. ebenda, S.9ff). Therapie wird nicht durch einen Fachdienst erbracht, sondern als integralen Bestandteil in den Alltag integriert.

Es besteht ein interdisziplinäres Team, das sich aus unterschiedlichen Fachdisziplinen, beruflichen Vor- Erfahrungen, unterschiedlichem Alter und Qualifikationen zusammensetzt. Dabei liegt die Leitung bei einem Arzt/Psychologen und einer Heilpädagogin, als gruppenübergreifende Dienste werden 1 Psychotherapeut/Psychologe, 1 Sport- und Arbeitstherapeut und 1 Lehrerin tätig. Für die Erziehung und Betreuung sind 4 pädagogische Fachkräfte, 1 Krankenschwester und 1 Praktikant zuständig und zusätzlich existieren 1 Hauswirtschaftlerin und 2 Handwerker (vgl. ebenda, S.11/S.21f).

In der therapeutischen Wohngruppe kommen indirekte und direkte therapeutische Kräfte zum Wirken.

Als indirekte therapeutische Kräfte werden in der Leistungsbeschreibung z.B. genannt:

- *Sicherheit* (in Ort, Strukturen, Vertrauen zu Bezugspersonen);
- *Stabilisierung* (Ausheilung der Verletzungen, Ruhe gewinnen, eigenen Rhythmus finden etc.);
- *(Neu)-Beheimatung* (Identität wiederherstellen, heilendes Milieu bieten, Nutzung von persönlichen Ressourcen etc.);
- *Lebenssinn, Spiritualität, Natur* (heilende Kräfte daraus gewinnen);
- *Förderung von körperlichen, sozialen, kognitiven und emotionalen Bereich* (Erstarrung überwinden, Gefühle ausleben, Vertrauen wieder herstellen, Grundbedürfnisse stillen, anregendes Umfeld, gezielte Lernförderung, gesunde Körperbeziehung etc.);
- *Förderung der Handlungsfähigkeit und Handlungskompetenzen* (lebenspraktische Tätigkeiten, Konfliktfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Autonomie etc.);
- *Unterstützung, Begleitung und Förderung in schulischer und beruflicher Ausbildung, Beruf und Freizeit;*
- *Hilfen zur Krisenbewältigung;*
- *freizeitpädagogische Maßnahmen;*
- *Elternarbeit* (Beziehungsarbeit, Besuche / stellt einen wesentlichen Teil des pädagogisch-therapeutischen Prozesses dar) etc. (vgl. ebenda, S.12ff).

Direkte therapeutische Methoden, die innerhalb der Wohngruppe zur Anwendung kommen, sind: Traumatherapie, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, Gestaltpsychotherapie, medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Psychoedukation, Körper-, Sport und Bewegungstherapie, Kunst- und Gestaltungstherapie und Arbeitstherapie. Die Therapien werden als Einzel- oder Gruppenangebote realisiert (vgl. ebenda, S.19).

Fazit

Das in dieser Einrichtung bestehende, große und durch viele Professionen gekennzeichnete Team fällt sofort ins Auge. Zum anderen kommen hier vielfältige pädagogische und therapeutische Maßnahmen zur Anwendung. Jedoch ist kritisch zu beleuchten, inwiefern sich der problemorientierte und diagnosegerichtete Blick auf die jungen Menschen auswirkt. Die Gefahr von Stigmatisierung und Etikettierung lässt sich hier wohl nicht ausschließen. Auch wenn es fachlich sicherlich oft erforderlich ist diagnoseorientiert zu handeln, ist es fraglich, ob dies wirklich als Grundsatz verankert werden muss. Denn jeder junge Mensch möchte auch als Person gese-

hen werden und wie alle Kinder im Alltag Situationen erleben, in denen seine Störung nicht zur Sprache kommt und keinerlei Bedeutung hat.

Auch diese Einrichtung spricht in ihrer Konzeption nicht von einem therapeutischen Milieu und doch gewinnt man den Eindruck, dass es dem sehr nahe kommt, da mannigfaltige innere und äußere Faktoren in der pädagogisch-therapeutischen Arbeit berücksichtigt werden, wie z.B. ein heilendes Milieu, Natur- Erfahrungen, Förderung in sämtlichen Bereichen, Beziehungsarbeit etc. Ob die einzelnen Therapien nun wirklich direkt in den Alltag eingebaut oder separat von den therapeutischen Fachkräften umgesetzt werden, lässt sich nicht eindeutig festlegen. Richtet man sich nach dem Wortlaut der Konzeption, muss man davon ausgehen, dass auch hier eine integrierte Therapie im pädagogischen Alltag realisiert wird. Allerdings ist einzuschätzen, dass die therapeutischen Angebote vermehrt von den gruppenübergreifenden Diensten gewährleistet werden. Zur Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen lässt sich nur sagen, dass zumindest stellvertretend auch eine Heilpädagogin in der Leitungsebene tätig wird. Ansonsten werden sicherlich auch hier die bereits genannten Probleme zwischen den Professionen auftreten, da bereits Hierarchieebenen zwischen Leitung, gruppenübergreifenden Diensten, pädagogischem Gruppendienst und weiterem Personal ersichtlich sind.

5.3 Kombination Fachdienst und therapeutisches Milieu

5.3.1 Therapeutische Wohngruppe - Der Pucken Hof e.V.

Die therapeutische Wohngruppe richtet sich an Mädchen und Jungen ab 12 Jahren mit einem hohen heilpädagogisch-therapeutischen Bedarf, bzw. mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen nach ICD 10. Meist erfolgt eine Aufnahme nach einem stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder bei begleitender ambulanter Behandlung, wo trotz allem eine stationäre Betreuung außerhalb der Familie notwendig erscheint. Betreuungs- und Behandlungsziele der Einrichtung sind: psychische Stabilisierung, Förderung persönlicher Kompetenzen, Steigerung lebenspraktischer Kompetenzen, ressourcenorientierte Arbeit mit der Familie, Reintegration des Kindes in die Familie oder die Verselbstständigung des jungen Menschen.

Das Personal der Einrichtung besteht aus pädagogischen Fachkräften und einem begleitenden therapeutischen Fachdienst (vgl. Der Pucken Hof e.V. 2007, S.2f). Gemeinsam wird ein Betreuungs- und Behandlungsplan für das Kind erstellt, der die Grundlage für die pädagogische und therapeutische Arbeit darstellt. Es erfolgt eine interne Diagnostik (psychologische und heil-

pädagogische). Die pädagogischen und therapeutischen Interventionspläne werden in den Fall- und Teamgesprächen von allen Mitarbeitern gemeinsam entwickelt und reflektiert.

Ziel aller pädagogischen und therapeutischen Fachkräfte in dieser Einrichtung ist die Herstellung eines therapeutischen Milieus, das sich individuell auf die spezifische Problematik des jungen Menschen bezieht. Neben intensiver Gruppenpädagogik (Unternehmungen, Alltagsbewältigung, erlebnispädagogische Maßnahmen, soziales Kompetenztraining etc.) wird auch eine Einzelbetreuung- und Förderung sowie Biographiearbeit gewährleistet. Therapeutische Angebote erstrecken sich auf: klientenzentrierte, tiefenpsychologische und systemische Psychotherapie, Traumatherapie, heilpädagogische Spieltherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Wahrnehmungstraining, Psychomotorik und Entspannungsverfahren (vgl. ebenda, S.4). Einen großen Rang nimmt zudem die Elternarbeit innerhalb der Einrichtung ein, die aus Elterntagen, Elterngesprächen, gemeinsamen Aktionen, aktiver Beteiligung, Beratung und Therapie der Familie, Elterntraining etc. besteht. Weiterhin wird intensiv mit Jugendämtern, Jugendpsychiatrischen Kliniken, Ärzten, Beratungsstellen, Schulen, Ausbildungsstellen, ergotherapeutischen und logotherapeutischen Praxen etc. zusammen gearbeitet (vgl. ebenda, S.5).

Fazit

Es entsteht der Eindruck, dass in dieser therapeutischen Wohngruppe viel Wert auf interne und externe Kooperation gelegt wird. Obwohl offiziell ein Fachdienst existiert, wird an jeder Stelle darauf hingewiesen, dass Diagnostik, die Erstellung von Behandlungs- und Betreuungsplänen und auch die praktische pädagogische und therapeutische Arbeit gemeinsam und in Abstimmung erfolgt. Die Realisierung eines therapeutischen Milieus wird hier als Hauptziel der unterschiedlichen Professionen benannt. Alles in allem gewinnt man trotz der Tatsache, dass ein Fachdienst existiert, einen positiven Eindruck, sowohl bei der Kombination von pädagogischen und therapeutischen Angeboten, als auch in der Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen. Wenn dies tatsächlich so umgesetzt wird, bleibt fraglich, wieso überhaupt ein Fachdienst notwendig ist und nicht auf ein gleichberechtigtes Nebeneinander in einem Team zurückgegriffen wird.

5.3.2 Therapeutische Jugendhilfeeinrichtung - Haus Waltrud

Kapazität

Die Überkonfessionelle Einrichtung erstreckt sich derzeit noch auf sechs Wohngruppen (aktuell wird eine Krisengruppe ausgebaut) und fünf Plätzen zur Verselbstständigung. Die Wohngruppen sind entsprechend der Problematik der jungen Menschen altershomo-

gen/altersgemischt und geschlechtsspezifisch oder koedukativ zusammengesetzt. Die Einrichtung richtet sich an Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren, die aufgrund tief verankerter Störungen extrem auffälliges Verhalten und erhebliche Erziehungsdefizite zeigen, traumatische Erfahrungen gesammelt haben, soziale und psychische Auffälligkeiten/Störungen, multiple Entwicklungsstörungen oder sozialisationsbedingte Entwicklungsdefizite aufweisen und im Anschluss an einer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einer intensiven Betreuung und Förderung bedürfen (vgl. Kinder- und Jugendheim Haus Waltrud 1999, S.8f).

Ziele der Unterbringung:

- Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen/gesellschaftsfähigen Persönlichkeit;
- psychosoziale, kognitive und emotionale Förderung;
- Aktivierung individueller Ressourcen;
- Selbstentfaltung und Autonomie;
- Abbau altersunangemessener und dissozialer Verhaltensweisen;
- Erarbeitung von Bewältigungsstrategien;
- heilpädagogische und therapeutische Entwicklungsförderung;
- intensive Aufarbeitung von Fehlentwicklungen;
- Bearbeitung und Integration traumatischer Erfahrungen;
- Stabilisierung der Persönlichkeit und Identitätsfindung;
- Alltagsbewältigung und Erlernen lebenspraktischer Fähigkeiten;
- individuelle und ganzheitliche Förderung;
- Stärkung der Erziehungskompetenzen der Eltern;
- Rückführung und soziale Integration etc. (vgl. ebenda, S.6/S.9).

Die jungen Menschen sollen mit ihren Stärken, Schwächen und Fähigkeiten angenommen und bei der Bewältigung ihrer persönlichen Problemlagen und in kritischen Lebensphasen unterstützt werden. Dabei soll die Förderung/Stärkung des Selbstvertrauens, der Selbstständigkeit und vorhandener Fähigkeiten erfolgen und das familiäre Umfeld einbezogen werden (vgl. ebenda, S.6f).

Interdisziplinäres Team

Das Team ist multiprofessionell ausgestattet und besteht aus staatlich anerkannten Erziehern, Diplom-Sozialpädagogen und Sozialarbeitern, Heilpädagogen, Diplom-Pädagogen und Diplom-Psychologen. Die Gesamtleitung der Einrichtung trägt ein Diplom-Sozialarbeiter. Die Erziehungsleitung verantworten 2 pädagogische Kräfte als Bindeglied zwischen der Einrichtung, dem Jugendamt und den Eltern. Diese koordinieren Aufnahmen und sind für die Ausgestaltung

der pädagogischen Arbeit zuständig. Weiterhin beraten sie die pädagogischen Fachkräfte und leiten diese an. Daneben existiert ein psychologischer Fachdienst, der aus 2 Psychologen besteht, die für Eingangs- und Verlaufsdiagnostik, Testdiagnostik, Mitwirkung im Hilfeverfahren und bei der Erziehungsplanung, für Individual- und Gruppenpädagogik, Planung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen und die Beratung der pädagogischen Fachkräfte zuständig sind (vgl. ebenda, S.13f).

Zusammenwirken von Alltag/Erziehung und Therapie

In der Einrichtung werden Therapieleistungen für Einzelne und Gruppen einerseits isoliert und unabhängig vom pädagogischen Alltag erbracht und zum anderen völlig in Alltagssituationen (z.B. bei Freizeitangeboten, wo die Situation als Medium dient) oder als einzelne Elemente gezielt in pädagogische Maßnahmen integriert. Die therapeutische Einwirkung im alltäglichen und sozialen Umfeld erfolgt durch teilnehmende Beobachtung und in enger Kooperation zwischen Pädagogen und Psychologen. Geeignete Situationen werden analysiert und therapeutische Maßnahmen darin integriert. Die Psychologen sind im Gruppenalltag anwesend, was eine Voraussetzung für eine optimale Verlaufsdiagnostik darstellt. So können Ressourcen ideal und flexibel abgestimmt werden. Die Gruppenbetreuer werden in diesem Zusammenhang begleitet und angeleitet und als Mediatoren in therapeutische Prozesse einbezogen.

Die pädagogisch-therapeutische Betreuung erfolgt auf Grundlage des ganzheitlichen Ansatzes. Den jungen Menschen soll Sicherheit, Geborgenheit und Unterstützung in Balance zu Nähe und Abgrenzung geboten, ihre Ressourcen und Stärken sollen erkannt und gestärkt werden. Die sozialpädagogische Betreuung und Gestaltung des täglichen Zusammenlebens geschieht unter pädagogischen, psychologischen und therapeutischen Aspekten. Die differenzierte Hilfe-, Erziehungs- und Therapieplanung wird individuell und an den Bedürfnissen des Kindes ausgerichtet. Pädagogische, heilpädagogische, psychologische und therapeutische Leistungen werden weitgehend und gezielt in die tägliche Betreuung, bzw. in Alltagssituationen integriert. Grundlage dafür ist eine intensive Beziehungsarbeit (vgl. ebenda, S.15ff).

Umsetzung eines therapeutischen Milieus

Die Planung, Koordination und Durchführung therapeutischer Maßnahmen erfolgt auf Grundlage der psychoanalytischen Milieuthherapie. Dabei werden tiefenpsychologische und systemische Behandlungstechniken angewandt und verhaltenstherapeutische Elemente und lerntheoretische Ansätze integriert. Die Psychologisch-therapeutischen Leistungen erfolgen sowohl im Einzel- wie auch im Gruppensetting (vgl. ebenda, S.15ff).

In dem therapeutischen Milieu (von dem die Einrichtung in ihrer Konzeption wortwörtlich spricht) wird den jungen Menschen ein Schonraum mit verbindlichen Strukturen und Anforder-

rungen geboten. Die Wohnhäuser sind unter therapeutischen Gesichtspunkten gestaltet. Grundvoraussetzung für das pädagogische und therapeutische Handeln ist die Akzeptanz der Individualität des jungen Menschen (vgl. ebenda, S.6f).

Im therapeutischen Milieu besteht ein heilpädagogisches Setting, was durch eine einfache und einsichtige Struktur der alltäglichen Lebenswelt und durch einen festgelegten Tagesablauf mit vereinbarten Verhaltens- und Gruppenregeln gekennzeichnet ist. Wesentlich ist das Aufbringen von Empathie für die Jugendlichen. Strukturierte Situationen im Alltag bieten die Möglichkeit der Übertragung auf andere soziale Situationen (Lernen am Modell) und einer Ich-Stärkung. Alltagssituationen sollen jedoch nicht therapeutisiert werden, sondern dienen als gezieltes Lernfeld. Im therapeutischen Einzelsetting soll der Jugendliche Konflikte durcharbeiten, Verhalten korrigieren und Alternativen erlernen. Alles in allem bietet das therapeutische Milieu den Kindern Schutz und Geborgenheit (vgl. ebenda, S.18ff).

Gestaltung der Kooperation der Fachkräfte

Die Zusammenarbeit der Fachkräfte wird zielgerichtet, geltungs- und machtfrei gestaltet. Dazu werden Erziehungs- und Therapiepläne gemeinsam erarbeitet, reflektiert und fortgeschrieben. Das Handeln der Fachkräfte orientiert sich nach diagnostischer Abklärung am individuellen Hilfebedarf der Kinder und deren Familien. Geeignete Problemlösungen werden deshalb auch in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und den Eltern erarbeitet. Die analytische Milieuthera- pie, welche Alltag, Erziehung, Therapie, Förderung und Hilfe miteinander verbindet, soll die Veränderung, Förderung und Entfaltung der Persönlichkeit des jungen Menschen unterstützen. Als direkte therapeutische Maßnahmen werden tiefenpsychologische- und gesprächstherapeutische Einzeltherapie, Gruppentherapie, nondirektive Spieltherapie, intensivpädagogische Einzelbetreuung auf gestalttherapeutischer Basis und körpertherapeutische Einzelbehandlung angewandt. Der therapeutische Prozess wird in enger Zusammenarbeit zwischen Psychologischem Dienst, Erziehungsleitung und Pädagogischem Gruppendienst koordiniert (vgl. ebenda, S.18ff).

Fazit

In dieser Einrichtung existiert also auch ein psychologischer Fachdienst und trotzdem liegt die Priorität auf einem gleichberechtigten Zusammenwirken der unterschiedlichen Disziplinen und der Realisierung eines therapeutischen Milieus. Bleibt lediglich die Frage offen, ob dies tatsächlich in der Praxis so realisiert werden kann oder ob trotz allem Konkurrenz und Machtgefälle vorherrschen. Dies konnte auch durch eigene kurzzeitige Hospitation nicht genau überprüft werden. In der Einrichtung wird viel Wert auf fachliche und berufliche Weiterbildung und

-entwicklung gelegt. Dementsprechend werden den Mitarbeitern auch vielseitige und häufige interne und externe Fortbildungen angeboten. Dem Einrichtungsleiter ist dementsprechend sehr daran gelegen, dass sich alle Mitarbeiter weiterentwickeln und spezielle Kompetenzen ausbauen. Es kann weiterhin eingeschätzt werden, dass die Einrichtung auch in der Praxis das Ziel verfolgt, den Bedürfnissen der jungen Menschen gerecht zu werden und dementsprechend sehr an einem effektiven Zusammenwirken der unterschiedlichen Fachkräfte interessiert ist. In wie weit jedoch Therapie wirklich in den Alltag integriert wird, kann selbst nach der Hospitation nicht realistisch beurteilt werden. Für die meisten therapeutischen Angebote scheint der psychologische Fachdienst verantwortlich zu sein.

5.4 Heilpädagogische Heimeinrichtungen mit therapeutischen Ansätzen

5.4.1 Heilpädagogische Wohngruppe im „Bodenhus“ Lietzow

Zielgruppe dieser Wohngruppe sind Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren mit psychischen Störungen/Erkrankungen (Ängste, Verhaltensauffälligkeiten, traumatischer Erlebnisse, geistiger und seelischer Behinderung). Die Einrichtung betrachtet die jungen Menschen ganzheitlich, ihre Biographie soll akzeptiert und respektiert werden. Es wird sich nicht auf die Störungen und Schwächen, sondern auf die Stärken und Ressourcen konzentriert (vgl. AWO 2008, S.1f).

In der Gruppe werden pädagogische und therapeutische Angebote verbunden. Die Ergebnisse der therapeutischen Arbeit sollen in den Gruppenalltag eingebaut werden. Nach der Einweisung erfolgt eine heilpädagogische Diagnostik anhand von Tests. Die Angebote und Methoden der Wohngruppe erstrecken sich auf: Heiltherapie, Ergotherapie, heilpädagogische Kunsttherapie, Wahrnehmungsübungen, Aggressionsabfuhr, Trauerarbeit, Psychomotorische Förderung, Heilpädagogische Übungsbehandlung und gestalterische Betätigung (Töpfern und Weben). Daneben spielen natürlich auch alltägliche Förderung, schulische und berufliche Unterstützung und Elternarbeit eine Rolle. Das Team besteht aus Diplom-, Heil- und Sozialpädagogen, einer Erzieherin mit Zusatzqualifikationen in Heilpädagogik und systemisch-lösungsorientiertem Arbeiten, einer Ergotherapeutin mit Zusatzausbildung für systemisch lösungsorientierte Beratung/Therapie und einer Hauswirtschaftlerin (vgl. ebenda, S.2f/S.5).

Die heilpädagogischen und therapeutischen Leistungen richten sich nach Störungsbild, Ängsten, Verletzungen, Stärken und Kräften der jungen Menschen. Über ein verbindliches Beziehungsangebot soll eine Vertrauensebene hergestellt werden, die Voraussetzung für heiltherapeutische Arbeit darstellt. Ziel der heiltherapeutischen Arbeit ist, die verdrängten, traumati-

schen und schmerzhaften Erinnerungen ins Bewusstsein zu holen und in gemeinsamer Auseinandersetzung zu bearbeiten, bzw. das Selbstbild des jungen Menschen zu verändern. Die verletzte Persönlichkeit soll angenommen und akzeptiert werden und lernen, mit ihren Ängsten und Problemen umzugehen (vgl. ebenda, S.4).

Fazit

In diesem Konzept bilden Heilpädagogik und Heiltherapie den Schwerpunkt. Im Team existieren keine Psychologen und Psychotherapeuten und es wird auch keine Psychotherapie durchgeführt. Hier kann man anstatt von Therapieverfahren eher von therapeutischen Angeboten oder Ansätzen sprechen, wie im Punkt 3.2.4 erläutert wurde. Die heiltherapeutische Arbeit wird versucht, in den Alltag zu integrieren. Neben den heiltherapeutischen, nehmen auch die pädagogischen Angebote eine wichtige Rolle ein. Diese Wohngruppe stellt also keine klassische therapeutische Einrichtung dar und trotzdem kann man davon ausgehen, dass psychisch kranke und verhaltensauffällige Kinder hier gut aufgehoben sind. Das Konzept scheint in sich stimmig zu sein, eine Therapeutisierung wird vermieden und auch die Zusammenarbeit der Fachkräfte lässt sich theoretisch gleichberechtigt umsetzen.

5.4.2 Heilpädagogischer Bauernhof - „Brot und Salz“

Ziele, Teamzusammensetzung und Leitlinien der Einrichtung

Der Bauernhof stellt eine heilpädagogische, psychosoziale, stationäre Einrichtung mit tiergestützter Pädagogik dar. Aufgenommen werden Kinder, Jugendliche und junge Volljährige zwischen 12 und 20 Jahren, die seelisch behindert, bzw. von einer solchen Behinderung bedroht sind oder ein manifestiertes Fehlverhalten aufzeigen und deshalb eines besonderen Hilfebedarfes unterliegen. Ziele der Unterbringung auf dem heilpädagogischen Bauernhof sind die Erschließung eigener Ressourcen, Vermeidung einer drohenden Behinderung, Heilen/Mildern einer vorhandenen Behinderung und deren Folgen, Autonomie und Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit und die Erhöhung der Teilnahme- und Teilhabekompetenz am gesellschaftlichen Leben. Die jungen Menschen sollen lernen, ihre Gefühle und die anderer wahrzunehmen, zu akzeptieren und Bewältigungsstrategien in Konflikten zu erlernen.

Das multidisziplinäre Team besteht aus Sozialpädagogen, Heilpädagogen, 1 Erzieher, 1 Reitpädagogen, 1 Ergotherapeut, 1 Tiertherapeut und 1 Landwirt. Bei Bedarf steht ein trägerinterner Psychologe zur Verfügung. Des Weiteren bestehen Kooperationsvereinbarungen mit der Jugendpsychiatrie Uckermünde und mit anderen heilpädagogischen Einrichtungen (vgl. Volkssolidarität, S.1f/S.12/S.14).

Das Grundverständnis der Einrichtung ist ausgerichtet auf Ganzheitlichkeit, Integration, Montessori- und Reggio- Pädagogik. Es wird sich darauf konzentriert, was das Kind braucht und nicht auf seine Störung/Krankheit/Defizite/Behinderung. Die tiergestützte Therapie/Pädagogik dient auf dem Bauernhof als Merkmal von ganzheitlicher und humanistischer Erziehung.

Das psychosoziale und pädagogische Handeln basiert auf folgenden Gegebenheiten:

1. Tiere werden als Co-Therapeuten genutzt;
2. Arbeit hat heilende Effekte (Erfolge spüren, Motorik verbessern, Aufbau von psychomotorischen Kompetenzen);
3. es wird eine Einheit zwischen Mensch und Natur hergestellt;
4. es besteht Ganzheitlichkeit in der individuellen Entwicklung und
5. aus der Natur werden heilende Kräfte genutzt.

Alles in allem kann dies als integrative Therapie bezeichnet werden (vgl. ebenda, S.2ff).

Bedeutung der Tiere innerhalb der Einrichtung

Tiere dienen auf dem Bauernhof als Medium zur Kommunikation und zur Hilfe der Verständigung untereinander. Sie besitzen therapeutische Kräfte, welche professionell genutzt werden, um Entwicklungsfortschritte zu erreichen. So werden sie als Co-Therapeuten zur Prävention und Behandlung von psychischen und physischen Erkrankungen genutzt. Die tiergestützte Pädagogik vermittelt den jungen Menschen positive Selbsterfahrungen, die auf andere Lebensbereiche übertragen werden können und somit Entwicklung und Förderung ermöglichen. Schwerpunkt bildet das heilpädagogische Reiten. Das Pferd dient in diesem Zusammenhang als Reit-, Beobachtungs-, Arbeits- und Schmusetier. Es erwies sich in der Arbeit mit sozial auffälligen und beziehungsgestörten Persönlichkeiten als sehr effektiv. Tiere können trösten und Geborgenheit vermitteln, sie reagieren auf die Körpersprache der Kinder und ihre Reaktionen sind echt. Somit erlangen beziehungsgestörte Kinder wieder Zugang zu ihren Mitmenschen (vgl. ebenda, S.5/S.11).

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Fachkräften der Sozialpädagogik, Heilpädagogik, Psychologie und Psychiatrie erfolgt laut der Konzeption gleichberechtigt. Neben der Tiertherapie, nimmt auch die Förderung des psychomotorischen Lernens einen großen Stellenwert in der Einrichtung ein. Diesbezüglich werden spezifische Angebote unterbreitet wie z.B. Wanderungen, Ausritte, Ferienfreizeiten etc.. Weiterhin sollen die Sinne stimuliert und damit körperliche und geistige Prozesse in Gang gesetzt werden. Sinnliche Anregung und aktives Lernen bilden dabei eine Einheit. Weiterhin herrschen auf dem Bauernhof heilpädagogische Grundsätze in der alltäglichen Gestaltung des Zusammenlebens. So werden z.B. die Mahlzeiten immer

gemeinsam zubereitet und alle Tätigkeiten haben einen sinnvollen Bezug zum Leben und schaffen einen Zugang zu Tieren und Natur. Es wird für jeden Jugendlichen ein individueller Therapieplan erstellt, der die Ich-Funktionen stärken soll (vgl. ebenda, S.9f).

Therapeutisches Reiten und weitere therapeutische Angebote

Folgende therapeutische Ansätze kommen in der heilpädagogischen Einrichtung zur Anwendung: Einzeltherapie, Gruppentherapie, Entspannungsverfahren, Hypnotherapie, Bewegungstherapie, heilpädagogisches Reiten und Voltigieren, Ergotherapie, Sozialtraining, Beziehungs- und Rollenspiele, kognitive Umstrukturierung. Das dominierende therapeutische Angebot in der Einrichtung bildet das heilpädagogische Reiten, daneben werden weitere zusätzliche therapeutische Ansätze in den Alltag integriert (vgl. ebenda, S.12).

Der Mensch-Pferd-Interaktion liegt, dem Wortlaut der Konzeption nach, ein ganzheitlicher Ansatz zugrunde. Die Kinder können sich dem Pferd vorurteilsfrei nähern, es tritt ihnen wertfrei und zurückhaltend gegenüber. Das Kind kann zum Pferd eine Beziehung eingehen, die später auf den Erzieher übertragen werden kann und somit positive Veränderungsprozesse erzeugt. Das Pferd dient also als Vermittler, als Medium, über welches pädagogisch eingewirkt wird. Es erhöht die individuellen und sozialen Kompetenzen des Kindes, hilft beim Aufbau von Selbstwertgefühl und Vertrauen und beim Abbau von Ängsten, Aggressionen, Frust, Kontaktängsten, Isolation und Distanz. Soziale Verhaltensweisen (Gruppenfähigkeit, Kontakt- und Beziehungsfähigkeit) werden trainiert. Außerdem hilft das Pferd, dem Kind seine Depressionen zu verringern, schafft Erfolgserlebnisse, dient als Sozialpartner, wirkt Sinn gebend, bringt das Kind zum lachen, baut Stress ab, sensibilisiert die eigene Wahrnehmung des Kindes und stärkt die körperliche und psychische Gesundheit des jungen Menschen (vgl. ebenda, Anlagen 2/3).

Fazit

Auch hier hat man es mit einer eindeutig mehr heilpädagogischen, als therapeutischen Einrichtung zu tun, die sich auf den Ansatz der Tierpädagogik/Tiertherapie spezialisiert hat und damit anscheinend gute Erfolge verzeichnet. Ich persönlich kann mir gut vorstellen, dass durch die Arbeit mit Tieren positive Effekte und eine tiefgreifende Wirkung, insbesondere bei seelisch verletzten Kindern, erlangt werden können.

Auch das effektive Zusammenwirken der Fachkräfte kann erst einmal nicht in Frage gestellt. In der Einrichtung wird auf die ständige Anwesenheit eines Psychologen / Psychotherapeuten verzichtet. Jedoch besteht das Team trotzdem aus verschiedenen Professionen, die sich gegenseitig ergänzen sollen. Durch die intensive Arbeit mit Tieren und Natur, erscheinen viele Maßnahmen wahrscheinlich nicht als eindeutig therapeutisch. Somit wird zum einen eine große Wirkung bei

den Jugendlichen erzeugt (durch das natürliche Umfeld und alltagsorientierten Handlungen) und zum anderen eine Therapeutisierung vermieden. Alles in allem scheint auch diese Konzeption einem Lebensort zu entsprechen, an dem sich speziell psychisch beeinträchtigte oder seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sehr wohl fühlen und entfalten können.

Auswertung

Es wurde versucht, einen Überblick darüber zu verschaffen, wie therapeutische Heimeinrichtungen konzipiert sein können, wie pädagogische und therapeutische Arbeit jeweils miteinander verknüpft werden, wo Schwerpunkte in der therapeutischen Arbeit liegen und wie sich in dem Zusammenhang die Kooperation pädagogischer und therapeutischer Fachkräfte gestalten kann.

Resultierend lässt sich sagen, dass einige Einrichtungen stark bemüht sind, Therapie in den pädagogischen Alltag zu integrieren und die Zusammenarbeit der Fachkräfte gleichberechtigt und aufeinander bezogen zu organisieren.

Allerdings werden diesbezüglich erhebliche Unterschiede in der Form der Zusammenarbeit und in angewandten Therapieverfahren ersichtlich. Im Gegensatz zu Heitkamps Darstellung wurden hier auch heilpädagogische Einrichtungen und Heime, die sowohl Fachdienst als auch therapeutisches Milieu realisieren, angeführt. In einigen Einrichtungen lag der Schwerpunkt auf Psychotherapie, in anderen vermehrt auf Verhaltenstherapie. Daneben werden oft ergänzende Therapieverfahren wie z.B. Ergo- und Reittherapie oder Gestaltungstherapie angewandt. Dies basiert zum einen auf den verschiedenen inhaltlichen Ausrichtungen der Einrichtungen und zum anderen auch auf einem unterschiedlichen Klientel, bei denen verschiedene Ziele verfolgt werden und sich dementsprechend auch eine konkrete Behandlungsform anbietet.

Zum Schluss soll an dieser Stelle angemerkt werden, dass persönliche Reflektion und Schlussfolgerungen lediglich auf Grundlage der Konzeptionen und eigenen Vorstellungen/Begrifflichkeiten erfolgt sind, nicht durch eine Einschätzung der Umsetzung in der Praxis. Es war mir nicht möglich, im Rahmen der Diplomarbeit die therapeutischen Einrichtungen auf ihre Wirksamkeit und tatsächlichen Umsetzung ihrer Konzeptionen hin zu prüfen. Deshalb sind vorangegangene beschriebene Ergebnisse und Gedanken aus dem formuliert, was ich persönlich aus den Konzeptionen der therapeutischen Einrichtungen entnehmen und im Zusammenhang mit dieser Arbeit darstellen konnte.

6. Zusammenfassung und Schlussbemerkungen

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema der Kooperation von Sozialarbeit und Therapie ist nicht neu und wurde besonders in den 80er und 90er Jahren vielfach diskutiert. Aktuell ist die Debatte allerdings etwas eingeschlafen, weswegen es vereinzelt schwierig war, aktuelle und konkrete Literatur insbesondere in Bezug auf die therapeutische Heimerziehung zu finden.

Im Verlauf meiner Arbeit stellte ich fest, dass sich das Thema sehr komplex gestaltet und aus mehreren Perspektiven betrachtet werden kann. Ich habe versucht, die für mich bedeutsamen Aspekte einzubringen und grundlegende Fragen bezüglich der Thematik zu klären.

Im ersten Kapitel wurden die grundlegenden Kennzeichen und Unterschiede zwischen den Disziplinen Sozialarbeit und Therapie herausgearbeitet. Es wurde ersichtlich, dass Sozialarbeiter und Therapeuten aus jeweils verschiedenen Ausgangspunkten denken und handeln. So betrachten Psychologen das Kind eher defizitorientiert und sind an der gezielten Heilung der vorliegenden Störung interessiert. Dabei richten sie ihren Blick konkret auf das Individuum, seine Persönlichkeit, seine psychischen Probleme sowie verdrängten Konflikte und versuchen oft Ursachen in der Vergangenheit zu ergründen. Dagegen beziehen Sozialpädagogen neben individuellen Problemen, auch gesellschaftliche und soziale Prozesse mit ein und agieren so direkt in der Lebenswelt des jungen Menschen. Sie betrachten das Individuum eher ressourcen- und zukunftsorientiert und ganzheitlich im Hinblick auf dessen Lebenslage, Umwelt etc.. Diese theoretischen Ansätze bilden die Basis für die Arbeit.

Auch zwischen den Systemen konnten grundlegende Unterschiede herausgearbeitet werden. So hat die Jugendpsychiatrie vor allem die Funktion spezifische Störungen zu diagnostizieren und zu behandeln. Im Gegensatz dazu möchte die Jugendhilfe (speziell die Heimerziehung) jungen Menschen einen dauerhaften Lebensraum und konstante Beziehungen bieten. Trotz dieser Unterschiede wurde deutlich, dass beide Systeme mit der gleichen Zielgruppe (hilfsbedürftige junge Menschen, die an komplexen Problemlagen leiden und sich dadurch entweder als besonders „schwierig“ erweisen oder psychisch erkranken) zu tun haben.

In diesem Zusammenhang konnte auch aufgezeigt werden, dass auffälliges Verhalten von Kindern und Jugendlichen als Überlebensstrategie oder Hilferuf verstanden werden kann. Wenn dieser Bedeutungszusammenhang nicht erfasst wird, können institutionelle Jugendhilfekarrieren entstehen, die junge Menschen erst zu „schwierigen Fällen“ werden lassen. Daraus resultieren die Gefahren der Abschiebung, Verlegung, Ausgrenzung, Selektion und Stigmatisierung, welche intensiv dargestellt wurden.

Letztendlich sind Pädagogik und Therapie (also erziehen und heilen) nicht klar zu trennen, da es im Bezug auf das Klientel, die Ziele und Aufgaben häufig zu Überschneidungen kommt. Dies führt dazu, dass sowohl die Professionen als auch die Systeme miteinander kooperieren müssen. Sie sind auf gegenseitige Unterstützung angewiesen und im Interesse ihrer gemeinsamen Klienten, für die sie eine gemeinsame Verantwortung tragen, zur Zusammenarbeit verpflichtet. Um dies gewährleisten zu können, sind gegenseitige Anerkennung (der anderen Profession bzw. des anderen Systems) und gemeinsame Absprachen und Entscheidungen von enormer Bedeutung. So lange Machtgefälle, Hierarchie und Konkurrenz vorherrschen, wird die Umsetzung dessen nicht gelingen. Keine der Professionen ist weniger wichtig oder wert. Trotz unterschiedlicher Blickwinkel, Ansätze, Verfahrensweisen etc. geht es doch letztendlich um die Kinder und Jugendlichen, die häufig sowohl pädagogische, als auch therapeutische Unterstützung benötigen.

Meiner Meinung nach ist es nicht sinnvoll, junge Menschen vorschnell in die Kinder- und Jugendpsychiatrie einweisen zu lassen, nur weil zu wenige ambulante Möglichkeiten vorhanden sind. Kinder sollten ein Recht darauf haben, sich an einem kontinuierlichen Lebensort wohlfühlen und entfalten zu können und dort auch die notwendige Unterstützung erhalten.

Aus diesem Grund sehe ich therapeutische Heimerziehung als Chance für belastete junge Menschen, da ihnen in solchen Einrichtungen neben konstanten Beziehungen und einem angenehmen Lebensraum auch die für sie notwendige Therapie geboten wird. Diese wirkungsvolle Kombination ermöglicht es ihnen meiner Ansicht nach eher, Probleme und Störungen zu überwinden. Zudem können die Schwierigkeiten der Abschiebung in die Jugendpsychiatrie und der Verlegung in andere Einrichtungen vermieden werden. Ich könnte mir vorstellen, dass es Kindern und Jugendlichen in der Heimeinrichtung leichter fällt sich auf eine Therapie einzulassen (als in der Jugendpsychiatrie), da sie sich dort der Sicherheit der Einrichtung und dem Rückhalt der Gruppe und Bezugserzieher gewiss sein können.

Als problematisch kristallisierte sich heraus, dass pädagogische und therapeutische Fachkräfte innerhalb einer Einrichtung vermehrt miteinander konkurrieren und ihre eigene Stellung in Gefahr sehen. Therapeutisierung und Spezialisierung ergaben sich dabei als die wesentlichen Schwierigkeiten. Pädagogische Arbeit darf diesbezüglich nicht entwertet werden und therapeutische Ansätze/Konzepte dürfen keine Übermacht einnehmen. Anhand der verschiedenen Formen der Zusammenarbeit zwischen den Professionen in einer Einrichtung konnte verdeutlicht werden, dass es sich eher negativ auf die Kooperation auswirkt wenn der psychologische Fachdienst oder die Therapeuten eine leitende Position einnehmen. Umso größer die Hierarchien-

ebenen zwischen den Disziplinen sind, umso wahrscheinlicher ergeben sich auch Diskrepanzen zwischen den Fachkräften.

Trotz dieser Hürden, empfinde ich es als sehr wichtig Sozialarbeit und Therapie miteinander verbinden zu können. Meiner Meinung nach werden therapeutische Ansätze noch zu selten in die pädagogische Arbeit integriert. Aufgrund finanzieller Gegebenheiten ist es unrealistisch, unzählige therapeutische Heimeinrichtungen zu schaffen, die sich meist durch einen hohen und multiprofessionellen Personalschlüssel auszeichnen. Trotzdem denke ich, dass es an therapeutischen Heimeinrichtungen und ambulanten Psychologen mangelt. Zum anderen werden in „normalen“ Heimeinrichtungen zu wenige Möglichkeiten genutzt. Am notwendigen Bedarf der psychologischen und therapeutischen Unterstützung betrachtet, der im Punkt 3.1 beschrieben wurde, müssen für die Zukunft mehr Möglichkeiten geschaffen werden.

Es ist nicht immer notwendig, dass Therapeuten oder psychologische Fachdienste in Jugendhilfeeinrichtungen integriert werden. Oftmals geht es auch darum, eigene Optionen zu erkennen und auszuschöpfen. Die Wirkung eines therapeutischen Milieus hängt beispielsweise eher mit der entsprechenden Einstellung, dem gewissen Hintergrundwissen, der Fähigkeit zum Beziehungsaufbau und der Gestaltung des Lebensfeldes, als mit dem speziellen Personal zusammen. Ich spreche in diesem Zusammenhang auch lieber von einem pädagogisch-therapeutischen Milieu, da es mir wichtig ist, dass sowohl pädagogische als auch therapeutische Elemente zur Geltung kommen. Des Weiteren wurde ersichtlich, dass auch heilpädagogische Einrichtungen, die lediglich therapeutische Ansätze integrieren und ganzheitlich arbeiten, enorme Wirksamkeit entfalten können. Sozialpädagogen haben zudem die Möglichkeit, sich weiterzubilden, um die eigenen Handlungsstrategien zu überdenken und zu erweitern. Es hätte den Rahmen der Arbeit gesprengt, noch näher auf diesen Punkt einzugehen.

Ziel meiner Arbeit war es, zu untersuchen, in wie fern Sozialarbeiter und Therapeuten effektiv miteinander kooperieren können, welche Barrieren sich dabei ergeben und wie sinnvoll sich die Zusammenarbeit im Bezug auf die Arbeit mit belasteten jungen Menschen erweist. Zusammenfassend kann ich einschätzen, dass sich die intensive Kooperation zwischen den Professionen im Interesse der Kinder und auch im Hinblick auf eine qualitative inhaltliche Arbeit nur förderlich erweisen kann so lange Probleme besprochen und bearbeitet werden. Kinder dürfen nicht das Gefühl haben, dass von verschiedenen Seiten an ihnen gezerrt wird. Sie sollten Sozialarbeiter und Therapeuten als Einheit mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen erleben, die letztendlich jedoch die gleichen Absichten und Ziele verfolgen. Diesbezüglich ist es wichtig, dass eine geteilte Verantwortung besteht. Die Verbindung zwischen Pädagogik und Therapie sollte sich nicht durch einseitige Anleitung auszeichnen, sondern durch ein gleichberechtigtes und ge-

meinsames Wirken von pädagogischen und therapeutischen Kräften. Das bedeutet vor allem gegenseitiges Unterstützen und Beraten. Ein gemischtes Team kann sich als sehr positiv erweisen, wenn dies nicht dazu führt, dass sich Hierarchieebenen verschärfen.

Zudem wäre es wichtig, dass pädagogische Fachkräfte ihr psychologisches und therapeutisches Hintergrundwissen erweitern, um problematische Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen richtig einordnen zu können. Weiterhin sollten sie ein Bewusstsein für eigene Handlungsmöglichkeiten entwickeln um einschätzen zu können wann psychologische / therapeutische Unterstützung erforderlich wird.

Die Problematik der Therapeutisierung wurde dargestellt und soll auch nicht außer Blick gelassen werden. Trotz allem empfinde ich es als sehr wichtig, therapeutische Aspekte in die sozialpädagogische Arbeit zu integrieren. Sie eröffnen neue Perspektiven und können helfen, Verhaltensweisen von jungen Menschen besser zu verstehen. Dabei sollen pädagogische Interventionsmöglichkeiten auf keinen Fall herabgewürdigt werden, denn gerade sie ermöglichen es, im Lebensfeld der jungen Menschen zu interagieren und grundlegende Bedürfnisse der Kinder zu stillen. Denn jeder junge Mensch benötigt vorrangig Geborgenheit, Sicherheit, Verlässlichkeit, Zuwendung, aufrichtiges Interesse, Verständnis, Anerkennung, Vertrauen, konstante soziale Beziehungen und Ansprechpartner, Zukunftsperspektiven und einen angenehmen Lebensraum. Das alles vermögen Sozialarbeiter ihren Klienten zu bieten und dies kann auch in „normalen“ Heimeinrichtungen gewährleistet werden. Bei vielen Kindern ist das wichtiger als eine spezielle Therapie. Daher sollten neben therapeutischen, ebenso pädagogische Angebote unterbreitet und niemals vernachlässigt werden. Ebenso halte ich den defizitorientierten und diagnosegeleiteten Blick für nicht sinnvoll. Es sollte nicht darum gehen, die inhaltliche Arbeit nur nach therapeutischen Aspekten auszurichten. Diese sollten lediglich in den pädagogischen Alltag integriert werden.

Für mich ist es von wesentlicher Bedeutung, dass Sozialarbeiter ihr berufliches Selbstbewusstsein aufbauen oder bewahren und sich von dem Zwiespalt, mit Psychologen und Therapeuten konkurrieren zu müssen, entfernen. Jede Profession hat speziellen Aufgaben und Stärken, diese gilt es zueinander zu bringen und gegenseitig zu ergänzen.

Mit meiner Arbeit wollte ich nicht die Therapeutisierung aller Einrichtungen anstreben, sondern lediglich dazu anregen darüber nachzudenken, in wie fern es sich als hilfreich erweist, Sozialarbeit und Therapie miteinander in Einklang zu bringen. Auch ambulante Therapien bei externen Psychologen/Psychotherapeuten können erfolgversprechend wirken. Aber dazu müsste das Versorgungsnetz besser ausgestattet werden. Zudem empfinde ich neben der internen auch die externe Kooperation mit Beratungsstellen, anderen Einrichtungen und Trägern, ambulanten

Psychologen und Psychotherapeuten, dem Jugendamt etc. als enorm wichtig. Im zweiten Kapitel wurde auch auf die Schaffung von sogenannten Koordinationsstellen zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie hingewiesen. Diese würden sich ebenfalls als sehr förderlich im Hinblick auf eine effektive Kooperation zwischen den Systemen/Professionen erweisen, um in kritischen Situationen schnelles und unkompliziertes Handeln gewährleisten zu können. In der Arbeit mit jungen Menschen muss meiner Auffassung nach ein vernetztes Hilfesystem bestehen, wobei gegenseitiger Austausch oberste Priorität einnimmt. Nur so können auch alle Unterstützungsmöglichkeiten erkannt und ausgeschöpft werden.

Abschließend möchte ich festhalten, dass pädagogische und therapeutische Kräfte vieles voneinander lernen können, indem sie ihr jeweilig fachspezifisches Wissen miteinander austauschen/verbinden und sich dementsprechend weiterentwickeln, um bestmöglich im Interesse der Kinder und Jugendlichen zu handeln. Dazu ist jedoch Offenheit bezüglich neuer Blickwinkel und Perspektiven gefragt. In meinen Praxiserfahrungen konnte ich zum Beispiel feststellen, dass Verhaltensweisen von Kindern oft als böse gewertet und bestraft wurden. Betrachtet man das Verhalten jedoch aus dem psychologischen/therapeutischen Blickwinkel, lässt sich feststellen, dass es sich sehr häufig eher um Abwehr, Schutz, einen Hilfeschrei oder krankhafte Züge bei dem Kind handelt. Umgekehrt muss nicht jedes Problem im Individuum selbst und die Lösung nicht immer in der Bearbeitung der Vergangenheit liegen. Oftmals helfen die ressourcenorientierte Ansicht und die einfachen alltäglichen sozialpädagogischen Mittel und Möglichkeiten in manchen Problemlagen mehr, als jegliche Therapiesitzungen. Wenn sich also beide Professionen aufeinander zu bewegen, das gleiche Ziel verfolgen und sich beide nicht als allwissend verstehen, eigene Grenzen und Fehler eingestehen können, dann besteht meiner Meinung nach eine gute Basis für eine fruchtbare Zusammenarbeit. Dies verstehe ich als fortwährenden Entwicklungsprozess, der sich in jeder Einrichtung und zwischen allen Systemen und Fachkräften immer wieder neu unter Beweis stellen muss.

Quellenverzeichnis

- Abels, Inga/Schäfer, Dirk/Wolf, Klaus: Neue Entwicklungschancen oder zusätzliche Belastungen? - Kinder zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie. In: Köttgen, Charlotte (Hrsg.): Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Frankfurt am Main 2007, S.122 - 145.
- Adam-Lauer, Gisela: Psychotherapie. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6.Aufl. Weinheim/München 2008, S. 690 - 693.
- Ader, Sabine/Schrapper, Christian: Wie aus Kindern in Schwierigkeiten „schwierige Fälle“ werden. Erfahrungen und Befunde aus einem neuen Forschungsprojekt zu einem alten Thema. In: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (Hrsg.): Forum Erziehungshilfen. Hilfeplanung in der Diskussion. Heft 1. Münster 2002, S.27-34.
- Ader, Sabine: Wie werden aus Kindern in Schwierigkeiten die „besonders Schwierigen“? Erkenntnisse aus den Fallkonsultationen und Fallanalysen. In: Henkel, Joachim/Schnapka, Markus/Schrapper, Christian (Hrsg.): Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe. Münster 2002, S.108 - 147.
- Ader, Sabine: „Besonders schwierige Kinder“: Unverstanden und instrumentalisiert. In: Fegert, Jörg M./Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.437 - 448.
- AWO - Soziale Dienste Rügen gGmbH. Leistungsbeschreibung. Heilpädagogische Wohngruppe für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen. Adresse: Störtebekerstraße 38, 18528 Bergen auf Rügen. Stand der Konzeption: 09.07.2008. Unveröffentlicht.
- Baving, Lioba: Im Spannungsfeld zwischen Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Krisenintervention aus der Sicht einer Kinder- und Jugendpsychiaterin. In: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (Hrsg.): Forum Erziehungshilfen. Krisenintervention: Orte und Konzepte. Heft 5. Weinheim 2002, S.280-286.
- Bettelheim, Bruno: Der Weg aus dem Labyrinth. Leben lernen als Therapie. 2.Aufl. München 1990.
- Bettelheim, Bruno: Liebe allein genügt nicht. Die Erziehung emotional gestörter Kinder. Stuttgart 1991.
- Bitscheidt, Dorothee: Repression statt Perspektiven. Über die ordnungspolitische Zurichtung der Jugendhilfe. In: Köttgen, Charlotte (Hrsg.): Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Bonn 1998, S.25 - 39.
- Blandow, Jürgen: Scheitert ein ganzheitlicher lebensweltorientierter Hilfeansatz an der Konkurrenz von Institutionen und Professionen? In: Gintzel, Ullrich/Schone, Reinhold (Hrsg.): Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Konzepte – Methoden – Rechtsgrundlagen. Münster 1990, S.8 - 20.

- Blandow, Jürgen: Vollzeitpflege und Heimerziehung. In: Fegert, Jörg M./Schraper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S. 157 - 162.
- Blumenberg, Franz-Jürgen: Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in der BRD. In: Colla u.a. (Hrsg.): Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa. Neuwied 1999, S.867 - 874.
- Blum-Maurice, Renate/Wedekind, Erhard: Institutionelle Bedingungen und Psychotherapie im Heim. In: Birtsch, Vera/Blandow, Jürgen (Hrsg.): Pädagogik, Therapie, Spezialistentum. Beiträge zur IGFH- Jahrestagung 1979 „Alltag der Erziehung – Therapie im Alltag“. Regensburg 1979, S.93 - 108.
- Braun-Scharn, Hellmuth: Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen einschließlich Oligophrenien. Einleitung. In: Möller, Hans-Jürgen/Laux, Gerd/Deister, Arno (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. 3.Aufl. Stuttgart 2005, S.401-464.
- Brünger, Michael: Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, Jörg M./Schraper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.355 - 360.
- Brünger, Michael: Personalbemessung und Qualitätsstandards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In: Fegert, Jörg M./Schraper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S. 391 - 394.
- Christ, Hans/Wedekind, Erhard: Jugendheim „Haus Sommerberg“: Zur Kooperation von Sozialpädagogen und Psychotherapeuten. In: Birtsch, Vera/Blandow, Jürgen (Hrsg.): Pädagogik, Therapie, Spezialistentum. Beiträge zur IGFH- Jahrestagung 1979 „Alltag der Erziehung – Therapie im Alltag“. Regensburg 1979, S.149 - 158.
- CJD e.V. (Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands e.V.). Kurzkonzeption „Seeigel“. Therapeutische Wohngruppe für junge Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Adresse: Dr.Wachsmann-Straße 26, 17454 Zinnowitz auf Usedom. Stand der Konzeption: Juni 2008. Unveröffentlicht.
- Cobus-Schwertner, Inge: Von der Jugendhilfe in die Psychiatrie. Eine Untersuchung über den Beitrag sozialpädagogischer Institutionen zur Entstehung psychiatrischer Krisen bei Jugendlichen. München 1984.
- Cobus-Schwertner, Inge: Behinderte Kinder sind in erster Linie Kinder. Anmerkungen zum § 35a des KJHG. In: Köttgen, Charlotte (Hrsg.): Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Bonn 1998, S.40 - 45.
- Cobus-Schwertner, Inge: Zum Problem der Definition jugendpsychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit. In: Gintzel, Ullrich/Schone, Reinhold (Hrsg.): Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Konzepte – Methoden – Rechtsgrundlagen. Münster 1990, S.78 - 89.

- Colla, Herbert E.: Personale Dimension des (sozial-) pädagogischen Könnens - der pädagogische Bezug. In: Colla u.a. (Hrsg.): Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa. Neuwied 1999, S.341 - 362.
- Confido-Initiativen gGmbH. Leistungsbeschreibung. Therapeutische Wohngruppe. Clearing. Adresse: Adlmörting 12, 94086 Bad Griesbach. Stand der Konzeption: 13.03.2003. URL:<http://www.confido-initiativen.de/Confido%20-%20Leistungsbeschreibung.pdf> [Stand 31.05.2009].
- Darius, Sonja/Hellwig, Ingolf: Zur Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Befunde und Empfehlungen aus einem Forschungs- und Entwicklungsprojekt in Rheinland Pfalz. In: Fegert, Jörg M./Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.505 - 516.
- Der Pucken Hof e.V. Konzeption. Therapeutische Wohngruppe für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Ort: Buckenhof. Stand der Konzeption: 25.04.2007. URL: http://www.puckenhof.de/Therapeutische_Wohngruppe-Konzept_EF.pdf [Stand: 13.05.2009].
- Dimmig, Georg: Anforderungen an Fachdienste im Heim - z.B. psychologischer / jugendpsychiatrischer Dienst. In: Neue Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e.V. - Bundesvereinigung - (Hrsg.): Erziehungshilfen zwischen Pädagogik und Therapie. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe in Bingen vom 27. bis 30 Mai 1980. Heft 31. Hannover 1980, S.67 - 68.
- Dörr, Margret: Fremdverstehen als Methode. Sozialpädagogische Beziehungsarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Rauschenbach, Thomas/Ortmann, Friedrich/Karsten, Maria-E. (Hrsg.): Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit. München 1993, S. 113 – 128.
- Du Bois, Reinmar/Ide-Schwarz, Henning: Psychiatrie und Jugendhilfe. In: Otto, Hans-Uwe /Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit-Sozialpädagogik. 2.Aufl. Neuwied 2001, S.1424-1433.
- Durrant, Michael: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings. Bd.12, Dortmund 1996.
- Erlar, Michael: Soziale Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch zu Geschichte, Aufgaben und Theorie. 2.Aufl. Weinheim/München 1994.
- Falt, Theodor: Heilpädagogische Zusatzausbildung und ihr Relevanz für die Praxis. In: Neue Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e.V. - Bundesvereinigung - (Hrsg.): Erziehungshilfen zwischen Pädagogik und Therapie. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe in Bingen vom 27. bis 30 Mai 1980. Heft 31. Hannover 1980, S.53 - 54.
- Fatke, Reinhard: Erziehung im therapeutischen Milieu - der Beitrag Fritz Redls. In: Colla u.a. (Hrsg.): Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa. Neuwied 1999, S.243 - 254.

- Fegert, Jörg M./Schrappner, Christian: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zwischen Kooperation und Konkurrenz. In: Fegert, Jörg M./Schrappner, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.5 - 28.
- Fegert, Jörg M.: Der Beitrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Feststellung seelischer Behinderung und drohender seelischer Behinderung. In: Fegert, Jörg M./Schrappner, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.209 - 224.
- Feyerabend, Michael: Die „Problemgruppe“ der seelisch behinderten Jugendlichen. Erfahrungen aus der Wohngruppenarbeit. In: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (Hrsg.): Forum Erziehungshilfen. Themenschwerpunkt § 35a und die Folgen. Heft 4. Münster 1995, S.158-161.
- Fischer, Dieter: Mitmenschlichkeit und Professionalität als Voraussetzung für eine menschenfreundliche wie auch erfüllende Arbeit mit behinderten, kranken und gebrechlichen Menschen. In: Flosdorf, Peter/Patzald, Harald (Hrsg.): Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation. Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe). Bd.5, Mainz 2003, S.221 - 148.
- Flosdorf, Peter: Kritik an therapeutischen Strategien in Einrichtungen der Erziehungshilfe. In: Neue Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e.V. - Bundesvereinigung - (Hrsg.): Erziehungshilfen zwischen Pädagogik und Therapie. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe in Bingen vom 27. bis 30 Mai 1980. Heft 31. Hannover 1980, S.49 - 50.
- Flosdorf, Peter: Das Heim als „Therapeutischen Milieu“. In: Flosdorf, Peter (Hrsg.): Theorie und Praxis stationärer Erziehungshilfe. Die Gestaltung des Lebensfeldes Heim. Bd.2, Freiburg im Breisgau 1988, S.102 - 110.
- Flosdorf, Peter: Therapeutische Heimerziehung. Ausgangslage und die Entwicklung eines Konzeptes der Erziehungshilfe. In: Flosdorf, Peter/Patzald, Harald (Hrsg.): Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation. Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe). Bd.5, Mainz 2003, S.15 - 40.
- Flosdorf, Peter: Konzeptionelle Rahmenbedingungen. In: Flosdorf, Peter/Patzald, Harald (Hrsg.): Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation. Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe). Bd.5, Mainz 2003, S.379 - 386.
- Flosdorf, Peter/Hetterich, Wolfgang/Mahlke, Wolfgang: Zur Planung und räumlichen Gestaltung eines therapeutischen Heimes. In: Flosdorf, Peter/Patzald, Harald (Hrsg.): Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation. Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe). Bd.5, Mainz 2003, S. 387 - 406.

- Flosdorf, Peter: Von Konferenzen zur Personalentwicklung oder Konzepte zur Befähigung heilpädagogisch-therapeutischen Handelns in einem Therapeutischen Heim. In: Flosdorf, Peter/Patzald, Harald (Hrsg.): Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihr Evaluation. Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe). Bd.5, Mainz 2003, S. 407 - 410.
- Flosdorf, Peter: Beziehungen aufbauen und gestalten. Das Konzept der heilpädagogischen Beziehungsgestaltung. In: Flosdorf, Peter/Patzald, Harald (Hrsg.): Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihr Evaluation. Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe). Bd.5, Mainz 2003, S.443 - 464.
- Franken, Sibille: Ein Ort zum Leben nach Krisen. Seelisch verletzte Jugendliche zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. In: Köttgen, Charlotte (Hrsg.): Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Bonn 1998, S.100 - 117.
- Freiburg, Franz E.: Erziehungshilfen zwischen Pädagogik und Therapie - aus sozialpädagogischer Sicht. In: Neue Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e.V. - Bundesvereinigung - (Hrsg.): Erziehungshilfen zwischen Pädagogik und Therapie. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe in Bingen vom 27. bis 30 Mai 1980. Heft 31. Hannover 1980, S.7 - 22.
- Freigang, Werner: Verlegen und Abschieben. Zur Erziehungspraxis im Heim. Weinheim/München 1986.
- Freigang, Werner/Wolf, Klaus: Heimerziehungsprofile. Weinheim u.a. 2001.
- Frommann, Anne: Sozialarbeit - Beratung - Therapie. In: Eyferth, Hanns u.a. (Hrsg.): Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Sonderheft. Sozialarbeit und Therapie. Neuwied 1978, S.37 - 48.
- GEMiNi. Kurzkonzeption. Träger: neuhland e.V. und Jugendwohnen im Kiez - Jugendhilfe gGmbH. Therapeutische Wohngruppen für Jugendliche und junge Erwachsene mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen. Orte: Berlin-Kreuzberg, Berlin- Friedrichshain und Berlin-Weissensee. URL:
<http://www.neuhland.net/neuh/download/KurzkonzeptGemini.pdf> oder URL:
<http://www.jugendwohnen-berlin.de/uploads/media/kurzkonzeption-twg.pdf> [Stand 04.06.2009].
- Gildemeister, Regine/Günther, Robert: Therapie und Soziale Arbeit. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit-Sozialpädagogik. 2.Aufl. Neuwied 2001, 1901 - 1909.
- Gintzel, Ulrich/Schone, Reinhold: Erziehungshilfen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Problemlagen junger Menschen, Entscheidungsprozesse, Konflikte und Kooperation. Frankfurt am Main 1989.

- Gintzel, Ullrich/Schone, Reinhold: Heimerziehung und Jugendpsychiatrie - Problemlagen junger Menschen, Entscheidungsprozesse und Kooperationsformen. In: Gintzel, Ullrich/Schone, Reinhold (Hrsg.): Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Konzepte – Methoden – Rechtsgrundlagen. Münster 1990, S.29 - 52.
- Goldbeck, Lutz/Schulze, Ulrike M. E./Fegert, Jörg M.: Diagnostik in der Kinder und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, Jörg M./Schrappner, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.259 - 264.
- Grossmann, Wilma: Pädagogisch-therapeutische Aufgaben in Einrichtungen der Jugendhilfe. In: Eyferth, Hanns u.a. (Hrsg.): Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Sonderheft. Sozialarbeit und Therapie. Neuwied 1978, S.99 - 107.
- Günder, Richard: Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe. 3.Aufl. Freiburg im Breisgau 2007.
- Hamberger, Matthias: Erzieherische Hilfen im Heim. In: Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hrsg.): Leistungen und Grenzen von Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Bd.170, Stuttgart/Berlin/Köln 1998, S.200 - 258.
- Hamberger, Matthias: Erziehungshilfekarrieren- belastete Lebensgeschichten und professionelle Weichenstellungen. Frankfurt am Main 2008.
- Haus Kanapee. Gesamtkonzept. Psychotherapeutisches Jugendwohnheim für Mädchen und junge Frauen mit Persönlichkeitsstörungen und neurotischen Fehlentwicklungen. Adresse: Kienbergstraße 1, 87459 Pfronten. Stand der Konzeption: März 2007. URL: <http://www.haus-kanapee.de/konzept.html> [Stand: 04.06.2009].
- Heitkamp, Hermann: Sozialarbeit im Praxisfeld Heimerziehung. Zur pädagogisch - therapeutischen, rechtlichen und verwaltungsbedingten Aspekten des Alltagshandelns. Frankfurt am Main 1984.
- Hompesch, Raimund/Hompesch-Cornetz, Ingeborg: Problemdefinitionen und Handlungsformen von Sozialarbeit und Therapie. In: Eyferth, Hanns u.a. (Hrsg.): Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Sonderheft. Sozialarbeit und Therapie. Neuwied 1978, S.24 - 36.
- JugR - Jugendrecht. SGB VIII: Kinder- u. Jugendhilfe JugendschutzG Jugendmedienschutz-Staatsvertrag JugendarbeitsschutzG Bafög BerufsbildungsG (Auszug). Beck-Texte. 30.Aufl. München 2009.
- Junglas, Jürgen: Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Rahn,Ewald/Mahnkopf, Angela: Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. 3.Aufl. Bonn 2005, S.641-673.
- Jungmann, Joachim: Gemeinsame Fehler bei der Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In: Fegert, Jörg M./Schrappner, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.571 - 576.

- Kalter, Birgit: „Besonders schwierig, psychisch krank oder seelisch behindert“ - Um welche Kinder und Jugendlichen geht es? In: Fegert, Jörg M./Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.449 - 458.
- Kalter, Birgit: Unterschiede verstehen und auf das Gemeinsame bauen. Kooperationsfördernde Rahmungen von Aus- und Weiterbildung. In: Fegert, Jörg M./Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.591 - 600.
- Kellerhaus, Josef Theo: Veränderungen in der Gestaltung Mädchenspezifischer Erzieherischer Hilfen. In: Flosdorf, Peter/Patzald, Harald (Hrsg.): Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation. Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe). Bd.5, Mainz 2003, S.77 - 92.
- Kerdar, Madjit/Wewetzer, Christoph: Institutionalisierte Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Flosdorf, Peter/Patzald, Harald (Hrsg.): Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation. Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe). Bd.5, Mainz 2003, S.141 - 150.
- Kerngruppe des Modellprojektes: „Kölner Erklärung“ - Zentrale Projektergebnisse, Hinweise und Empfehlungen für die Gestaltung der Jugendhilfe in der Stadt Köln. In: Henkel, Joachim/Schnapka, Markus/Schrapper, Christian (Hrsg.): Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe. Münster 2002, S.233 - 242.
- Kinder- und Jugendheim Haus Waltrud. Therapeutische Jugendhilfeeinrichtung. Leistungsübersicht. Adresse: Am Stellwerk 1, 53925 Kall / Eifel. Stand der Konzeption: Oktober 1999. URL: <http://www.khw-kall.de/khw.htm> [Stand: 04.06.2009].
- Klees, Esther/Witte, Matthias, D.: Problematische Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Witte, Matthias, D./Sander, Uwe (Hrsg.): Erziehungsresistent? „Problemjugendliche“ als besondere Herausforderung für die Jugendhilfe. Grundlagen der Sozialen Arbeit. Bd.15, Baltmannsweiler 2006, S.207 - 230.
- Klenner, Wolfgang: Erziehungshilfen zwischen Pädagogik und Therapie - aus heilpädagogischer Sicht. In: Neue Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e.V. - Bundesvereinigung - (Hrsg.): Erziehungshilfen zwischen Pädagogik und Therapie. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe in Bingen vom 27. bis 30 Mai 1980. Heft 31. Hannover 1980, S.35 - 46.
- Klosinski, Gunther: Psychiatrische Krankheiten. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit-Sozialpädagogik. 2.Aufl. Neuwied 2001, S.1446-1453.
- Körner, Jürgen: Zum Verhältnis pädagogischen und therapeutischen Handelns. In: Combe, Arno/Helsper, Werner: Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. 3.Aufl. Frankfurt am Main 1999, S. 780 - 809.

- Köttgen, Charlotte/Kretzer, Dieter: „Grenzfälle“ zwischen Heimen und Psychiatrie am Beispiel Hamburgs. In: Köttgen, Charlotte/Kretzer, Dieter/Richter, Stephan (Hrsg.): Aus dem Rahmen fallen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung und Psychiatrie. Bonn 1990, S.85 - 106.
- Köttgen, Charlotte: Seelische Verletzung bei Kindern und Jugendlichen als Folge von Armut und Ausgrenzung. In: Köttgen, Charlotte (Hrsg.): Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Bonn 1998, S.12 - 24.
- Köttgen, Charlotte: Lars oder wie man ein perfekter Psychiatrie-Patient wird. In: Köttgen, Charlotte (Hrsg.): Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Bonn 1998, S.62 - 70.
- Köttgen, Charlotte: Alte Vorurteile sitzen tief. Ersterfahrungen mit der Psychiatrie. In: Köttgen, Charlotte (Hrsg.): Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Bonn 1998, S.84 - 99.
- Köttgen, Charlotte: Integration statt Konkurrenz. Möglichkeiten der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. In: Köttgen, Charlotte (Hrsg.): Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Bonn 1998, S.233 - 247.
- Köttgen, Charlotte: Frühe Verletzungen oder wie jemand zum Fall wird. In: Köttgen,Charlotte (Hrsg.): Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Frankfurt am Main 2007, S.29 - 33.
- Köttgen, Charlotte: Die Symptomsprache im familiären Kontext. In: Köttgen,Charlotte (Hrsg.): Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Frankfurt am Main 2007, S.42 - 48.
- Köttgen, Charlotte: Vom Verschieben zwischen den Hilfeinstitutionen. In: Köttgen,Charlotte (Hrsg.): Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Frankfurt am Main 2007, S.49 - 57.
- Köttgen, Charlotte: Wenn Jugendhilfe und Psychiatrie zur Falle werden... In: Köttgen, Charlotte (Hrsg.): Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Frankfurt am Main 2007, S.90 - 121.
- Köttgen, Charlotte: Neue Entwicklungschancen oder zusätzliche Belastungen? Kinder zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie. In: Köttgen, Charlotte (Hrsg.): Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Frankfurt am Main 2007, S.122 - 145.
- Köttgen, Charlotte: Kooperation und Integration stärken. In: Köttgen,Charlotte (Hrsg.): Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Frankfurt am Main 2007, S.222 - 234.
- Krauß, Jürgen E.: Methoden Sozialer Arbeit. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6.Aufl. Weinheim/München 2008, S. 589 - 594.

- Kreckl, Fridolin: Therapie und Pädagogik - eine Antinomie? In: Neue Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e.V. - Bundesvereinigung - (Hrsg.): Erziehungshilfen zwischen Pädagogik und Therapie. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe in Bingen vom 27. bis 30 Mai 1980. Heft 31. Hannover 1980, S.47 - 48.
- Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid: Soziale Arbeit. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6.Aufl. Weinheim/München 2008, S. 776 - 778.
- Krumenacker, Franz-Josef: Heimerziehung als eigenständige Erziehungsform: Bruno Bettelheim. In: Colla u.a. (Hrsg.): Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa. Neuwied 1999, S.229 - 242.
- Kühn, Axel D.: „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. Bd.170, Stuttgart/Berlin/Köln 1998, S.304 - 332.
- Lemcke, Erwin/Zaudig, Michael: Psychotherapie. In: Zaudig, Michael/Trautmann, Rolf D. (Hrsg.): Therapielexikon. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Heidelberg 2006, S. 607 - 609.
- Lempp, Reinhart: Wirkungsvollere Jugendhilfe durch Zusammenfassung von Zuständigkeit, Sachverstand und Finanzierung. In: Gintzel, Ullrich/Schone, Reinhold (Hrsg.): Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Konzepte – Methoden – Rechtsgrundlagen. Münster 1990, S.21 - 28.
- Libal, Gerhard/Fegert, Jörg M.: Behandlungs- und Hilfeformen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. Ein einführender Überblick. In: Fegert, Jörg M./Schrappner, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.225 - 242.
- Libal, Gerhard/Fegert, Jörg M.: Kinder- und jugendpsychiatrische Therapie- und Interventionsmaßnahmen. In: Fegert, Jörg M./Schrappner, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S. 243 - 250.
- Lippenmeier, Norbert: Sozialtherapie. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6.Aufl. Baden-Baden 2007, S. 914 - 915.
- Martin, Klaus R.: Erziehung im „therapeutischen Milieu“ in Pflegefamilie und Heim? In: Neue Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e.V. - Bundesvereinigung - (Hrsg.): Erziehungshilfen zwischen Pädagogik und Therapie. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe in Bingen vom 27. bis 30 Mai 1980. Heft 31. Hannover 1980, S.55 - 58.
- Matzat, Jürgen: Psychotherapie. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6.Aufl. Baden-Baden 2007, S. 739 - 741.

- Möller, Hans-Jürgen: Einführung. In: Möller, Hans-Jürgen/Laux, Gerd/Deister, Arno (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. 3.Aufl. Stuttgart 2005, S.1-11.
- Müller, Wolfgang C.: Sozialarbeit/Sozialpädagogik. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6.Aufl. Weinheim/München 2008, S. 756 - 760.
- Münstermann, Klaus: Welche Bedeutung hat die Jugendpsychiatrie für die Entwicklung der Jugendhilfe - Konkurrenz oder Komplementärdisziplin? In: Gintzel, Ullrich/Schone, Reinhold (Hrsg.): Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Konzepte – Methoden – Rechtsgrundlagen. Münster 1990, S.127 - 132.
- Nützel, Jakob: Kooperation zwischen Jugendhilfeeinrichtungen und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Workshop am 22. April 08, BVkE Fachtagung Fulda. URL: <http://www.projekt-18.de/download/3workshopnuetzel.pdf> [Stand 23.03.09]
- Patzelt, Harald: Das Spannungsverhältnis zwischen instrumenteller und ideativer Zielsetzung in der Heimerziehung. In: Flosdorf, Peter/Patzald, Harald (Hrsg.): Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation. Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe). Bd.5, Mainz 2003, S.163 - 220.
- Peterson, Sven: Mit Kindern leben. In: Colla u.a. (Hrsg.): Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa. Neuwied 1999, S.363 - 378.
- Pies, Silke: Erleben und Erwartungen von Kindern und Jugendlichen zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, Jörg M./Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.429 - 436.
- Post, Wolfgang: Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe. 2.Aufl. Weinheim/München 2002.
- Rapp, Elke: Psychologische Beratung und Therapie von Jugendlichen im Rahmen der Heimerziehung. Dissertation. Bietigheim 1998.
- Rätz-Heinisch, Regina: Gelingende Jugendhilfe bei „aussichtslosen Fällen“! Biographische Rekonstruktionen von Lebensgeschichten junger Menschen. Erziehung Schule Gesellschaft. Bd.38, Würzburg 2005.
- Rauschenbach, Thomas/Züchner, Ivo: Sozialarbeit/Sozialpädagogik. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6.Aufl. Baden-Baden 2007, S. 834 - 837.
- Redaktion Schule und Lernen (Hrsg.): Duden. Psychologie. Ein Lexikon zum Grundwissen der Psychologie. 3.Aufl. Mannheim 2002.
- Redl, Fritz: Erziehung schwieriger Kinder. Beiträge zu einer psychotherapeutisch orientierten Pädagogik. 4. Aufl. München 1987.

- Reidel, Helmut: Mediatorensystem der Verhaltenstherapie in der stationären Jugendhilfe. In: Flosdorf, Peter/Patzald, Harald (Hrsg.): Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation. Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe). Bd.5, Mainz 2003, S.411 - 420.
- Remschmidt, Helmut: Organisations- und Strukturfragen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. In: Remschmidt, Helmut (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. 3. Aufl. Stuttgart 2000, S.430 - 456.
- Richter, Horst-Eberhard: Sozialtherapie. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6.Aufl. Weinheim/München 2008, S. 898 - 902.
- Rosenbauer, Nicole: Flexibilisierung: Ein Weg zu Problemjugendlichen? In: Witte, Matthias D./Sander, Uwe (Hrsg.): Erziehungsresistent? Problemjugendliche als besondere Herausforderung für die Jugendhilfe. Grundlagen der Sozialen Arbeit. Bd.15, Baltmannsweiler 2006, S.37 - 52.
- Rößler, Jochen: Aufgabengebiet und Selbstverständnis der Jugendhilfe. In: Köttgen, Charlotte/Kretzer, Dieter/Richter, Stephan (Hrsg.): Aus dem Rahmen fallen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung und Psychiatrie. Bonn 1990, S. 131 - 144.
- Ruppert, Stefan: Milieuthérapie. In: Zaudig, Michael/Trautmann, Rolf D. (Hrsg.): Therapielexikon. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Heidelberg 2006, S. 467 - 469.
- Schäfer, Peter: Implikationen der Europäischen Sozialpolitik für die Heimerziehung in Deutschland. In: Colla u.a. (Hrsg.): Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa. Neuwied 1999, S.531 - 540.
- Scharrer, Martina: Dimensionen des Verstehens. Der heilpädagogisch-therapeutische Prozess in der Arbeit mit Jugendlichen. Dissertation. Ammerndorf 2004.
- Schepker, Renate: Zur Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie.
URL: <http://www.projekt-18.de/downloads/hauptvortrag2schepker.pdf>
[Stand 23.03.2009]
- Scherpner, Martin: Zusammenfassung der Arbeitsgruppen-Ergebnisse. In: Neue Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e.V. - Bundesvereinigung - (Hrsg.): Erziehungshilfen zwischen Pädagogik und Therapie. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe in Bingen vom 27. bis 30 Mai 1980. Heft 31. Hannover 1980, S.79 - 88.
- Schiedeck, Jürgen: Von der Fürsorge zur Sozialtherapie. Zum Verhältnis von Sozialpädagogik und Therapie. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades. Kiel 1985.
- Schilling, Johannes/Zeller, Susanne: Soziale Arbeit. Geschichte. Theorie. Profession. 3.Aufl. München 2007.
- Schleiffer, Roland: Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. Weinheim/Basel/Berlin 2001.

- Schmeck, Klaus: Bezugsdisziplinen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, Jörg M./Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.251 - 258.
- Schmid, Ulrich: Praxisberatung und Supervision als methodisches Element therapeutisch orientierter Heimerziehung. In: Neue Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e.V. - Bundesvereinigung - (Hrsg.): Erziehungshilfen zwischen Pädagogik und Therapie. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe in Bingen vom 27. bis 30 Mai 1980. Heft 31. Hannover 1980, S.63 - 64.
- Schmidt, Marc: Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim/München 2007.
- Schmidt-Nieraese, Helga: Hilfe ganzheitlich gestalten. Der § 35a KJHG in der Praxis des Jugendamtes. In: Köttgen, Charlotte (Hrsg.): Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Bonn 1998, S.203 - 211.
- Schomaker, Wilhelm: Welche Betreuungsarrangements brauchen die „schwierigen Kinder“? In: Henkel, Joachim/Schnapka, Markus/Schrapper, Christian (Hrsg.): Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe. Münster 2002, S.97 - 107.
- Schön, Bärbel: Therapie statt Erziehung? Chancen und Probleme der Therapeutisierung pädagogischer Arbeit. Frankfurt am Main 2005.
- Schone, Reinhold. Das System der Jugendhilfe im Überblick. In: Fegert, Jörg M./Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.29 - 34.
- Schrapper, Christian: Über „schwierige Kinder“ - Erfahrungen, Fragestellungen und Ansatzpunkte sozialpädagogischer Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Henkel, Joachim/Schnapka, Markus/Schrapper, Christian (Hrsg.): Was tun mit schwierigen Kindern? Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe. Münster 2002, S.12 - 26
- Schrapper, Christian: Teilhabe ermöglichen. Sozialpädagogische Konzepte für die Aufgaben der Jugendhilfe bei Hilfen nach § 35a KJHG. In: Fegert, Jörg M./Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.203 - 208.
- Schwarzer, Wolfgang/Trost, Alexander: Einführung und Grundlagen. In: Schwarzer, Wolfgang/Trost, Alexander (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe. 2.Aufl. Dortmund 2002, S.11-22.
- Seibert, Ulrich: Thesen zur Identität von Sozialarbeit und Therapie. In: Eyferth, Hanns u.a. (Hrsg.): Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Sonderheft. Sozialarbeit und Therapie. Neuwied 1978, S.49 - 55.
- SGB - Sozialgesetzbuch. Bücher I - XII. Beck-Texte. 37.Aufl. München 2009

- Simon, Fritz B.: Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapiemethode. Heidelberg 1995.
- Späth, Karl H.: Heimerziehung zwischen Pädagogik und Therapie. Vom therapeutischen Milieu zum Konzept des gelungenen Alltags. In: Eyferth, Hanns u.a. (Hrsg.): Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Sonderheft. Sozialarbeit und Therapie. Neuwied 1978, S.63 - 67.
- Späth, Karl: Thesen zur Rolle und Funktion von Spezialisten in der Heimerziehung. In: Birtsch, Vera/Blandow, Jürgen (Hrsg.): Pädagogik, Therapie, Spezialistentum. Beiträge zur IGFH- Jahrestagung 1979 „Alltag der Erziehung – Therapie im Alltag“. Regensburg 1979, S.35 - 46.
- Späth, Karl: Gemeinsamer Erkenntnisprozess mit Betroffenen als Grundlage pädagogischen und therapeutischen Handelns. In: Gintzel, Ullrich/Schone, Reinhold (Hrsg.): Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Konzepte – Methoden – Rechtsgrundlagen. Münster 1990, S.110 - 115.
- Späth, Karl: Rechtliche Grundlagen für Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie im SGB IX. In: Fegert, Jörg M./Schraper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S. 499 - 504.
- Specht, Friedrich: Jugendliche in Lebenskrisen - erziehungsbedürftig oder krank? In: Gintzel, Ullrich/Schone, Reinhold (Hrsg.): Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Konzepte – Methoden – Rechtsgrundlagen. Münster 1990, S.66 - 77.
- Spiegel, Hiltrud: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6.Aufl. Weinheim/München 2008, S.594 - 599.
- Steinhausen, Hans-Christoph: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 6.Aufl. München 2006.
- Thiersch, Hans: Die gesellschaftliche Funktion der Therapeutisierung der Heimerziehung. In: Birtsch, Vera/Blandow, Jürgen (Hrsg.): Pädagogik, Therapie, Spezialistentum. Beiträge zur IGFH- Jahrestagung 1979 „Alltag der Erziehung – Therapie im Alltag“. Regensburg 1979, S.6 - 23.
- Thiersch, Hans: Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik. Weinheim/München 1986.
- Thiersch, Hans: Politik, Jugendhilfe, Heimerziehung. In: Colla u.a. (Hrsg.): Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa. Neuwied 1999, S. 425 - 438.
- Thimm, Karlheinz: „Unbetreubare“ Jugendliche - Abbrüche in stationärer Heimerziehung. In: Deutsches Zentralinstitut für Soziale Fragen und Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales des Landes Berlin (Hrsg.): Soziale Arbeit. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete. Heft 7. Berlin 1995, S.232 - 235.

- Trost, Alexander: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. In: Schwarzer, Wolfgang/Trost, Alexander (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe. 2.Aufl. Dortmund 2002, S.83-141.
- Uerlichs, Karl-Heinz: Probleme der Zusammenarbeit zwischen Erzieher und „Spezialisten“. In: Neue Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e.V. - Bundesvereinigung - (Hrsg.): Erziehungshilfen zwischen Pädagogik und Therapie. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe in Bingen vom 27. bis 30 Mai 1980. Heft 31. Hannover 1980, S.51 - 52.
- Virginia. Konzeption eines familientherapeutischen Projekts für Mädchen und junge Mütter mit ihren Kindern. Therapeutische Wohngruppe. Adresse: Friedensstraße 198, 75173 Pforzheim.
URL:http://www.tmg-virginia.de/Konzeption_2008.pdf [Stand 12.05.2009].
- Volkssolidarität - Kreisverband Ostvorpommern e.V. Bauernhof „Brot und Salz“. Leistungsprofil. Heilpädagogische, psychosoziale, stationäre Einrichtung mit tiergestützter Pädagogik. Adresse: Dorfstraße 39, 17398 Neu Kosenow. Unveröffentlicht.
- Weinschenk, Reinhold: Geplantes Erziehen im Heim. 4.Aufl. Freiburg im Breisgau 1987.
- Weiß, Wilma: Phillip sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim/Berlin/Basel 2003.
- Wiesner, Reinhard: Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII). In: Fegert, Jörg M./Schrapper, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München 2004, S.179 - 184.
- Winkler, Michael: „Ortshandeln“ - die Pädagogik der Heimerziehung. In: Colla u.a. (Hrsg.): Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa. Neuwied 1999, S. 307 - 324.
- Wirtz, Roswitha: Keine Pillen für den Zappelphilipp. Leben mit einem hyperaktiven Kind. In: Köttgen, Charlotte (Hrsg.): Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Bonn 1998, S.155 - 162.
- Witte, Matthias D./Sander, Uwe: Einleitung: „Problemjugendliche“ als Herausforderung für die Jugendhilfe. In: Witte, Matthias D./Sander, Uwe (Hrsg.): Erziehungsresistent? Problemjugendliche als besondere Herausforderung für die Jugendhilfe. Grundlagen der Sozialen Arbeit. Bd.15, Baltmannsweiler 2006, S.7 - 16.
- Wolf, Klaus: Sozialpädagogische Betreuung oder Behandlung? Kinder zwischen Heimerziehung und Psychiatrie. In: Köttgen, Charlotte (Hrsg.): Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Bonn 1998, S.46 - 61.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, diese Diplomarbeit selbstständig und ausschließlich unter Verwendung der angegebenen Quellen erstellt zu haben. Diese Arbeit hat in dieser oder ähnlichen Weise noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Neubrandenburg, 14.07.09

Anne-Sophie Telch-Schottstädt