

Kristin Ehmer  
Matr. Nr.: 035150  
kris.ehmer@web.de

# JUGENDLICHE IN HILFEPROZESSEN ZWISCHEN JUGENDHILFE UND PSYCHIATRIE

Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades  
„Bachelor of Arts“ (B.A.)  
im Studiengang Soziale Arbeit

an der  
Alice-Salomon-Hochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik  
University of Applied Sciences

**Eingereicht:** Im Sommersemester 2010  
Am 08.06.2010

**Erstgutachterin:** Prof. Dr. Silke Gahleitner  
**Zweitgutachterin:** Prof. Dr. Regina Rätz

# Inhalt

---

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
<b>I</b>	<b>THEORETISCHER TEIL</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE</b>	<b>3</b>
2.1	DAS FACHGEBIET DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	3
2.2	DIE KLINIK DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	5
2.3	ANLÄSSE FÜR EINE STATIONÄRE BEHANDLUNG	5
2.4	DIE STATIONÄRE BEHANDLUNG	6
2.5	DIE SICHT DER PATIENT_INNEN	7
<b>3</b>	<b>DIE STATIONÄRE KINDER- UND JUGENDHILFE</b>	<b>8</b>
3.1	GESETZLICHE VERORTUNG DER STATIONÄREN HILFEN	9
3.2	DIE HILFEPLANUNG	11
3.3	DIE THERAPEUTISCHE JUGENDWOHNGRUPPE	12
3.4	„WAS WIRKT?“ - ERGEBNISSE AUS DER FORSCHUNG	15
3.4.1	<i>Katamnesestudie – TWG</i>	16
3.4.2	<i>Untersuchungen von Erziehungshelferkarrieren</i>	17
3.4.3	<i>Erleben und Erwartungen von Kindern und Jugendlichen zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie</i>	18
<b>4</b>	<b>DAS VERHÄLTNIS ZWISCHEN JUGENDHILFE UND PSYCHIATRIE</b>	<b>19</b>
4.1	KONFLIKTLINIEN ZWISCHEN DEN BEIDEN HILFESYSTEMEN	20
4.2	BERÜHRUNGSPUNKTE VON JUGENDHILFE UND KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	21
4.3	KOOPERATION – CHANCE UND (HERAUS-) FORDERUNG	23
<b>5</b>	<b>PARTIZIPATION IM HILFEPROZESS</b>	<b>26</b>
5.1	BETEILIGUNG IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	27
5.2	BETEILIGUNG IN DER JUGENDHILFE	28

<b>II</b>	<b>EMPIRISCHER TEIL</b>	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>METHODISCHES VORGEHEN</b>	<b>31</b>
6.1	DAS PROBLEMZENTRIERTE INTERVIEW	31
6.1.1	<i>Die Methode und deren Umsetzung</i>	31
6.1.2	<i>Instrumente des PZI</i>	33
6.2	GESTALTUNG UND DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS	34
6.3	DIE QUALITATIVE INHALTANALYSE	35
6.3.1	<i>Methodisches Vorgehen und die Umsetzung</i>	36
6.3.2	<i>Grenzen der Methode</i>	37
<b>7</b>	<b>DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE</b>	<b>38</b>
7.1	REBECCA	38
7.2	ANNE	46
7.3	VERGLEICH	52
<b>III</b>	<b>DISKUSSIONSTEIL</b>	<b>58</b>
<b>IV</b>	<b>SCHLUSSTEIL</b>	<b>68</b>
<b>8</b>	<b>FAZIT</b>	<b>68</b>
	<b>LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS</b>	<b>72</b>
	<b>ANHANG</b>	

# 1 EINLEITUNG

*„Wenn ich daran zurückdenke, denke ich immer,  
dass ich mich sehr verändert habe.“*

(Rebecca, 1521f.)

Das anfängliche Zitat stammt von Rebecca – einer jungen Frau, welche ich im Rahmen dieser Arbeit interviewt habe. Die Zeit von der sie hier spricht, ist verbunden mit Erfahrungen, die sie sowohl in der Psychiatrie, als auch in einer Jugendhilfeeinrichtung sammelte. Doch von welchen Veränderungen spricht sie? Inwiefern hat sie sich verändert und was hat zu dieser Veränderung beigetragen?

Die vorliegende Arbeit beleuchtet die Schnittstelle zwischen den Institutionen der stationären Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Mittelpunkt stehen dabei diejenigen jungen Menschen, welche als Adressat\_innen beider Hilfesysteme gelten. Größtenteils spielen sehr negativ belastende Erfahrungen eine große Rolle in den Biografien und Bewältigungsmechanismen der Jugendlichen, weswegen es gehäuft zur Ausprägung eines so genannten psychisch auffälligen Verhaltens kommen kann. Immer häufiger besteht dann ein Anspruch auf Versorgung durch beide Disziplinen, weswegen die Jugendlichen in der Literatur häufig auch als „Grenzfälle“ bezeichnet werden. Es bleibt jedoch fraglich, ob es nicht vielmehr die Hilfelandschaft ist, die hier an ihre Grenzen stößt. Seit Jahren gibt es eine Fachdiskussion zwischen Vertreter\_innen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dabei geht es um den Versuch, sich voneinander abzugrenzen, aber vor allem um die Frage, wie eine gemeinsame Kooperation der beiden Fachgebiete verbessert werden kann.

Insbesondere durch meine eigene Betreuerinnentätigkeit in einer Therapeutischen Jugendwohngruppe erwuchs die Motivation, mich umfassend diesem Thema zu widmen. In der Praxis machte ich sowohl zufrieden stellende, als auch unbefriedigende Beobachtungen. Letztere waren vornehmlich die einer wenig fließenden Gestaltung von Übergängen, einer häufig unklaren Kommunikation zwischen verschiedenen Hilfeeinrichtungen, Überforderungsmomente im Betreuungsalltag, starrer Hilfeplangespräche oder kostenorientierter Entscheidungen über den weiteren Hilfeverlauf. Weiterhin ergab sich für mich insgesamt oft der Eindruck, dass Jugendliche als eigenständige Menschen nur wenig in ihrem Recht zur Beteiligung an Hilfeprozessen gestärkt werden.

Das Erkenntnisinteresse meiner Arbeit bezieht sich demzufolge auf die Qualität von Hilfeprozessen. Dabei sollen vornehmlich folgende Fragen Beachtung finden: Wie erleben

Jugendliche Hilfeprozesse an dieser Schnittstelle? Welche Faktoren begünstigen und/ oder beschränken die Wirksamkeit der professionellen Praxis?

Um eine ganzheitliche Beantwortung dieser Fragen gewährleisten zu können, schien es mir unerlässlich, die Perspektive der Jugendlichen mit einzubinden. Demnach gliedert sich die Arbeit in einen theoretischen und einen empirischen Teil.

Das erste Kapitel setzt sich mit den theoretischen Grundlagen des Themas auseinander. Zunächst wird ein Überblick über das System der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegeben, wobei besonders die stationäre Behandlung im Fokus liegt. Zusätzlich folgt ein kurzer Einblick in die aktuelle Patient\_innenforschung. Anschließend wird das Gebiet der Jugendhilfe, insbesondere der stationären Jugendhilfemaßnahmen beleuchtet. Im Speziellen soll das Konzept der Therapeutischen Jugendwohngruppe vorgestellt werden. Ergebnisse aus der noch recht jungen Jugendhilfeforschung werden ebenso hinzugezogen. In der Beschreibung der institutionellen Schnittstelle werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie herausgestellt, welche schließlich die Notwendigkeit zur gemeinsamen Kooperation aufzeigen. Der theoretische Teil endet schließlich mit dem Aspekt der Partizipation und der Frage, inwiefern das Recht auf Beteiligung in den Hilfesystemen tatsächlich gewährleistet wird beziehungsweise werden sollte.

Der empirische Teil dieser Arbeit beginnt mit der Vorstellung der Forschungs- und Auswertungsmethode. Grundlage der Forschungsbemühungen sind die Erzählungen zweier junger Frauen, welche ihre persönlichen Erfahrungen an eben dieser Schnittstelle gesammelt haben. Ihre Erlebnisse und die Ansichten über die Hilfeprozesse werden erst einzeln angeführt und schließlich miteinander verglichen.

Im dritten Abschnitt - dem Diskussionsteil - kommt es zu einer Verflechtung der empirischen Ergebnisse mit den theoretischen Grundlagen. Aus den Erkenntnissen resultierende, relevante Schlussfolgerungen für die psychosoziale Praxis sind im abschließenden Fazit zusammengefasst.

# I THEORETISCHER TEIL

Um Hilfeprozesse zwischen den Systemen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie besser verstehen zu können, wird im Folgenden ein Überblick, über die schon vorhanden theoretischen Aspekte der Fachgebiete gegeben. Fachspezifisches Wissen und die gesetzlichen Grundlagen beider Disziplinen sollen dabei ebenso berücksichtigt werden, wie der aktuelle Forschungsstand. Die strukturelle Ebene wird anhand relevanter Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Institutionen näher beleuchtet. Anknüpfend daran folgt ein Einblick in die aktuelle Debatte der Kooperationsentwicklung. Abschließend wird die zentrale Rolle der Betroffenen und deren Recht auf Partizipation thematisiert.

## 2 KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

In der Bundesrepublik Deutschland werden jährlich etwa 28.000 Kinder und Jugendliche stationär oder teilstationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt (Jungmann, 2007). Die Tendenz ist steigend<sup>1</sup>. Im Verbundsystem des Gesundheitswesens, der Jugendhilfe und der Sozialhilfe stellt die Versorgung von psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie (KJPP)<sup>2</sup> somit einen wichtigen Part dar.

Im Folgenden wird das Fachgebiet der KJPP und dessen Aufgaben und Strukturen näher beleuchtet. Die Klinik als stationäre Einrichtung der KJPP steht anschließend im Fokus. Mögliche Anlässe für eine stationäre Unterbringung und die Ziele einer solchen werden vorgestellt. Abschließend erfolgt ein kurzer Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Einschätzung der kinder- und jugendpsychiatrischen Aufenthalte durch ihre Adressat\_innen – die Kinder und Jugendlichen.

### 2.1 Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Als eigenständige medizinische Fachdisziplin ist die KJPP historisch gesehen relativ jung. In Deutschland existiert diese seit 1968 (vgl. Denner 2008: 71). Als ärztliches Fachgebiet ist es Teil des Gesundheitssystems und wird somit nach Sozialgesetzbuch V von den

---

<sup>1</sup> Die Krankenhausfälle haben je 10.000 Kinder und Jugendliche von 13,8 im Jahr 1994 auf 27,7 im Jahr 2006 zugenommen (vgl. Beck/ Warnke, 2009).

<sup>2</sup> Im Folgenden verwende ich die Begriffe Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendpsychiatrie und KJPP synonym.

Krankenversicherungen finanziert. Es umfasst Erkenntnisse aus den Disziplinen der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinderheilkunde, der Neurologie, der klinischen Psychologie sowie der Sonder – und Heilpädagogik.

Das Aufgabengebiet wird von der Bundesärztekammer wie folgt definiert:

*„Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie umfasst die Erkennung, nicht-operative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen und Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sowie Heranwachsenden und jungen Volljährigen mit Entwicklungsverzögerungen, denen eine psychische Erkrankung oder eine Fehlentwicklung der Person zugrunde liegt, einschließlich der Psychotherapie als Einzel-, Gruppen- und Familientherapie.“* (Bundesärztekammer 1992, zit. n. Denner, 2008: 71f.).

Inwiefern diese 18 Jahre alte Definition den gegenwärtigen Qualitätsansprüchen und Anforderungen genügt, bleibt hier fraglich.

Der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung stehen sowohl ambulante als auch stationäre und teilstationäre Behandlungsformen zur Verfügung. Alle Hilfsmaßnahmen richten sich an Kinder und Jugendliche, welche psychische Beeinträchtigungen aufweisen, die zumeist in kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen eingeordnet werden<sup>3</sup>. Ausgehend von der Annahme, dass psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter multifaktoriell bedingt sind, ergibt sich die Notwendigkeit eines vielfältigen und mehrdimensionalen Behandlungsspektrums (vgl. Libal/ Fegert, 2004: 227). Letzteres umfasst körperliche, genauso wie psychische und sozio-ökologische Komponenten. Konkret beinhalten die Maßnahmen psychotherapeutische Verfahren, medikamentöse Therapien, sozialtherapeutische oder sozialpädagogische Hilfen und Übungsbehandlungen, wie Ergotherapie, Musiktherapie, Physiotherapie und andere. Das Vorgehen kombiniert mehrere Maßnahmen und sollte sich stets nach den individuellen Beeinträchtigungen und Ressourcen der Betroffenen und ihrer Familien richten (vgl. Denner, 2008: 81).

Das Ziel dieser Maßnahmen ist die Initiierung heilender Prozesse. Dabei steht die Hilfe für Kinder oder Jugendliche und ihre Familien zur Akzeptanz von Problemen und zur Entwicklung von Lösungen im Vordergrund. Die tatsächliche Symptommfreiheit ist hingegen nachrangig (vgl. Libal/ Fegert, 2004: 228).

---

<sup>3</sup> Die Aufführung einzelner psychiatrischer Störungsbilder würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten und ist für das weitere Verständnis nicht relevant.

## 2.2 Die Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie

In vollstationären Einrichtungen der KJPP werden Kinder und Jugendliche vollzeitig aufgenommen. In kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken arbeitet eine Vielzahl unterschiedlich qualifizierter Berufsgruppen. Neben Fachärzt\_innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie gehören auch Psycholog\_innen, Sozialarbeiter\_innen, Motopäd\_innen, Krankenschwestern und Pfleger, Ergotherapeut\_innen, Musik- und Kunsttherapeut\_innen und Pädagog\_innen zum Klinikteam.

Im Klinikalltag stellen die Krankenschwestern/ -pfleger die Ansprechpersonen für die jungen Patient\_innen dar. Therapeutische Einzel- und Gruppenangebote und psychologische Gespräche übernehmen die therapeutisch ausgebildeten Fachkräfte.

Meist kommt es intern zu einer weiteren Zuteilung von Teams in einzelnen Stationen. Letztere sind unterschiedlich konzipiert, beispielsweise störungs- und altersbezogen. Die einzelnen Stationskonzepte sind abhängig von der therapeutischen Ausrichtung der Klinik, welche der Verantwortung der Chefärzt\_innen obliegen (vgl. Brünger, 2004: 357f.).

## 2.3 Anlässe für eine stationäre Behandlung

Die Nachfrage einer stationären Behandlung in der KJPP wird seltener von Ärzt\_innen gestellt, viel häufiger kommt sie von nicht-ärztlichen Organisationen, wie Beratungsstellen, Schulen, Einrichtungen der Jugendhilfe oder von Eltern. Eine so genannte 'Einweisung'<sup>4</sup> bedarf letztlich der ärztlichen Feststellung, dass die Diagnostik oder Therapie weder im Rahmen einer ambulanten, noch einer teilstationären Behandlung möglich ist.

Für eine stationäre Maßnahme nennt beispielsweise Hersov (1994) folgende Indikatoren:

- Psychische Störungen sind so ausgeprägt, dass eine ambulante Behandlung unmöglich ist oder eine Selbst- oder Fremdgefährdung besteht.
- Eine stationäre Behandlung ist verbunden mit einer realistischen Hoffnung, dem jungen Menschen in seiner/ ihrer Problemlage zu helfen.
- Der junge Mensch kann auf Grund sozial nicht akzeptablen Verhaltens, auch nicht mit Unterstützung, in der bisherigen Umgebung belassen werden.
- Das fortdauernde Verbleiben im elterlichen Haushalt führt zu zunehmenden Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung.

---

<sup>4</sup> Diese häufig verwendete Formulierung bezeichnet die ärztliche „Verordnung von stationärer Krankenhauspflege“.



- Eine lebensbedrohliche Erkrankung (zum Beispiel Magersucht) erfordert eine stationäre Behandlung.
- Die genaue Diagnostik erfordert eine fachkundige und kontinuierliche Beobachtung des Verhaltens.
- Es muss geprüft werden, ob eventuelle intellektuelle Beeinträchtigungen Folgen von Misshandlung oder Vernachlässigung darstellen.  
(vgl. Hersov, 1994 zit. n. Libal/ Fegert, 2004: 234f.)

Sollte der/ die Minderjährige einem stationären Aufenthalt nicht zustimmen, kann es auch zu einer geschlossenen Unterbringung unter Zwang und gegen den Willen des jungen Menschen kommen. Dies stellt eine Freiheitsentziehung dar und ist gesetzlich geregelt. Häufig beantragen die Sorgeberechtigten die Unterbringung nach § 1631b BGB<sup>5</sup> beim Familiengericht. Hierzu weist Wiethoff (2004) darauf hin, dass die Entscheidung der Erziehungsberechtigten ohne Berücksichtigung der kindlichen/ jugendlichen Meinung möglicherweise nicht „im besten Interesse des Kindes“ ausfällt (ebd.: 22).

Sollte eine erhebliche Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen, kann eine zwangsweise Unterbringung durch das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) auch gegen den Willen der Eltern durchgesetzt werden.

## 2.4 Die stationäre Behandlung

Eine stationäre Behandlung ist verbunden mit psychischem, organisatorischem und finanziellem Aufwand. Darüber hinaus stellt dies das Herauslösen der/ des Betroffenen aus dem persönlichen Umfeld (Familie, Schule, Freunde) dar. Aus diesen Gründen sollte eine stationäre Behandlung, laut Libal und Fegert (2004) möglichst kurz gehalten werden (ebd., 2004: 234).

Nach einer diagnostischen Phase zu Beginn werden die Behandlungs- und Therapieziele in beratenden Gesprächen mit den Sorgeberechtigten vereinbart. Die Kinder und Jugendlichen sollen in diese Beratungen altersgerecht mit einbezogen werden (vgl. ebd.: 232).

---

<sup>5</sup> § 1631b BGB (Mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung): Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, bedarf der Genehmigung des Familiengerichts. Die Unterbringung ist zulässig, wenn sie zum Wohl des Kindes, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung, erforderlich ist und der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch andere öffentliche Hilfen, begegnet werden kann. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

Für die Patient\_innen bedeutet ein vollstationärer Aufenthalt, die ganze Woche in der Klinik zu sein. Sie werden betreut und behandelt und besuchen eine meist angrenzende Schule. Ausgangs- und Besuchsregeln beeinflussen außerdem die Alltagsgestaltung, wobei sich am Wochenende häufig die Möglichkeit der kurzzeitigen Entlassung nach Hause bietet (Denner, 2008: 73). So werden die jungen Menschen während des Klinikaufenthaltes mit zahlreichen Anforderungen – formuliert von Pflegekräften, Therapeut\_innen, Lehrer\_innen, Eltern, etc. – konfrontiert. Innerhalb dieses Settings können zusätzlich die Mitpatient\_innen verschiedene Rollen spielen: Freund\_innen, Kontrahent\_innen, Konkurrent\_innen, Verbündete oder Mitglieder der therapeutischen Gruppe (vgl. Brünger, 2004: 356).

Fegert und Libal (2004) weisen darauf hin, dass es nicht immer das Ziel sein kann, alle Probleme zu erkennen und zu beseitigen. Vielmehr sollte das Erreichen der bestmöglichen Lebensqualität für alle Beteiligten (Familie, Patient\_innen) intendiert sein (ebd.: 227). Dies hat allerdings weniger mit kurzfristigen intensiven medizinischen Interventionen zu tun. Das erreichte Ziel der verbesserten Lebensqualität zeigt sich eher im Alltag und dessen Bewältigung, d.h. in der Regel außerhalb der Klinik. Die ärztliche Mitwirkung an der Hilfeplanung ist daher sinnvoll. (ebd: 227).

## 2.5 Die Sicht der Patient\_innen

Die Erfassung subjektiver Urteile von Patient\_innen gewinnt in der Tradition der Qualitätssicherung in Kliniken erst seit kurzem eine zunehmende Bedeutung (vgl. Konopka/ Keller/ Naumann, 2004: 413). Für eine umfassende Bewertung von stationären Maßnahmen, Fachkräften und Abläufen im Rahmen der KJPP sind die jungen Patient\_innen selbst und ihre, am Hilfeprozess beteiligten, Angehörigen zu befragen. Naumann et. al. (2001) konstatieren im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich in Deutschland einen „Mangel an empirischen Daten und methodisch abgesicherten Instrumenten“ (ebd.: Abs. 7). Diesem Defizit entgegentretend wurde der „Fragebogen zur Patientenzufriedenheit für Kinder und Jugendliche“ (FP-KJ) in stationärer Behandlung entwickelt. Gegenwärtig wird dieser bundesweit verwendet. Vornehmlich sollen die Faktoren „globale Zufriedenheit“, „Akzeptanz als Individuum“, „Individualisierte Behandlung“, „Wohlfühlfaktoren“ und „Distanz von zu Hause“ erfasst werden<sup>6</sup> (vgl. Konopka/ Keller/ Naumann, 2004: 416). Ein vergleichbares

---

<sup>6</sup> Weiterführende Informationen sind beispielsweise dem „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ (2001), Heft 1 zu entnehmen.

Messinstrument stellt darüber hinaus der „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung“ (FBB) nach Mattejat und Remschmidt (1998) dar.

Ergebnisse einer beispielhaften Befragung von kinder- und jugendpsychiatrischen Patient\_innen<sup>7</sup> (mit Verwendung des FP-KJ) besagen, dass das Bedürfnis der Patient\_innen nach Einflussnahme größer ist als die wahrgenommenen Möglichkeiten. Die Berücksichtigung der kindlichen/ jugendlichen Meinung begünstigt die Motivation bei der Aufnahme und auch während des Aufenthalts. Eine positive Bewertung des Behandlungserfolgs seitens der Kinder/ Jugendlichen korreliert außerdem mit dem Grad der Vermittlung von Informationen und Wissen durch die Fachkräfte<sup>8</sup> (vgl. Wiethoff et. al., 2003: 89ff.). Besonders in Fällen, in denen es zur Behandlung gegen den Willen der Patient\_innen kommt, sollten die Möglichkeiten zur Beteiligung und das Recht auf Information gewährleistet sein (vgl. Wiethoff, 2004: 24). Vor allem Mädchen fühlten sich zeitweise weniger fair behandelt und verstanden, waren häufiger unzufrieden mit den Entscheidungsmodalitäten oder fühlten sich bei Entscheidungsprozessen ausgeschlossen (ebd.).

Kinder und Jugendliche nach ihrer Meinung zu fragen und diese konsequent in den Behandlungsprozessen zu berücksichtigen, stellt einen unumgänglichen Bestandteil für die Arbeit und Evaluation in der KJPP dar. Nur so kommen ein respektvoller Umgang und die Achtung der kindlichen/ jugendlichen Autonomie zum Tragen (vgl. Konopka/ Keller/ Naumann, 2004: 416).

### 3 DIE STATIONÄRE KINDER- UND JUGENDHILFE

Das Aufwachsen junger Menschen zu fördern, ihnen Hilfestellungen bei der Überwindung von Reifungs- und Entwicklungskrisen anzubieten, sie zu begleiten und zu schützen, ist Aufgabe der hiesigen Kinder- und Jugendhilfe<sup>9</sup> (Schone, 2004: 32). Ein Angebot in dem Repertoire der Helfelandschaft sind die stationären Maßnahmen, wobei diese eine Vielzahl unterschiedlich strukturierter Betreuungsformen beinhalten (vgl. Blandow, 2004: 157).

---

<sup>7</sup> Insgesamt wurden 298 Patient\_innen zwischen 7 und 17 Jahren der Universitätsklinik Rostock und Ravensburg mit Anwendung halbstandardisierter Interviews befragt.

<sup>8</sup> Die Wahrung von Beteiligungschancen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird im Kapitel 4.1 weiterführend aufgegriffen.

<sup>9</sup> Zur sprachlichen Vereinfachung verwende ich synonym für das Handlungsfeld der „Kinder- und Jugendhilfe“ die verkürzte Form „Jugendhilfe“.

Im Folgenden soll ein theoretischer Überblick über das Gebiet der stationären Jugendhilfe gegeben werden, wobei die gesetzlichen Grundlagen ebenso betrachtet werden sollen wie der Prozess der Hilfeplanung. Weiterhin wird die Therapeutische Jugendwohngruppe als eine mögliche stationäre Betreuungsform thematisiert, um die Erfahrungen der Interviewten, die alle in einer solchen Einrichtung gelebt haben, besser verstehen zu können. Einige für die Arbeit relevanten Ergebnisse aus der Jugendhilfeforschung geben abschließend Aufschluss über mögliche Wirkfaktoren.

### 3.1 Gesetzliche Verortung der stationären Hilfen

Die unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche und Zielsetzungen sind im Achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII), dem so genannten Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) geregelt. Die Hilfen umfassen verschiedene Angebote: ambulante, teilstationäre oder stationäre Settings. Die stationären Jugendhilfemaßnahmen umfassen alle Erziehungshilfen außerhalb des elterlichen Haushaltes:

„Hilfe zur Erziehung in einer Einrichtung über Tag und Nacht (Heimerziehung) oder in einer sonstigen betreuten Wohnform soll Kinder und Jugendliche durch eine Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten in ihrer Entwicklung fördern. Sie soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie

1. eine Rückkehr in die Familie zu erreichen versuchen oder
2. die Erziehung in einer anderen Familie vorbereiten oder
3. eine auf längere Zeit angelegte Lebensform bieten und auf ein selbständiges Leben vorbereiten.

Jugendliche sollen in Fragen der Ausbildung und Beschäftigung sowie der allgemeinen Lebensführung beraten und unterstützt werden.“ (§34 SGB VIII, 2010)

Für die Einleitung einer stationären Jugendhilfemaßnahme gibt es zwei verschiedene Rechtsgrundlagen. Zum einen regelt § 27 des KJHG die Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung<sup>10</sup>. Zum anderen ist im § 35a des KJHG die Hilfe zur Teilhabe „für seelisch

---

<sup>10</sup> § 27(Hilfe zur Erziehung):

(1) Ein Personensorgeberechtigter hat bei der Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist. (2) Hilfe zur Erziehung wird insbesondere nach Maßgabe der §§ 28 bis 35 gewährt. Art und Umfang der Hilfe richten sich nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall; dabei soll das engere soziale Umfeld des Kindes oder des Jugendlichen einbezogen werden. (3) Hilfe zur Erziehung umfaßt insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen. Sie soll bei Bedarf Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen im Sinne des § 13 Abs. 2 einschließen.

behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche“ festgehalten. Mit der Einführung des § 35a im Kinder- und Jugendhilfegesetz ist das interdisziplinäre Zusammenwirken von KJPP und Jugendhilfe gesetzlich vorgeschrieben und ist damit für das Thema der Schnittstelle zwischen den Fachdisziplinen von großer Relevanz.

Ein Anspruch auf eine stationäre Unterbringung für junge Menschen besteht demnach dann, wenn

- (a) ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, *und*
- (b) ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 35a SGB VIII, 2010).

Beide Bedingungen müssen erfüllt sein. Zur Feststellung des Anspruchs auf Hilfe bedarf es somit zwei verschiedener fachlicher Einschätzungen. Erstens muss ein/e fachlich qualifizierte/r Ärzt\_in oder Psychotherapeut\_in feststellen, ob eine psychische Störung mit Krankheitswert nach ICD 10<sup>11</sup> vorliegt (vgl. Schmid, 2007: 49).

Für die zweite Voraussetzung bedarf es der Einschätzung einer sozialpädagogischen Fachkraft. Diese prüft unter Berücksichtigung aller Lebensbereiche des jungen Menschen, ob eine Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben vorliegt, die mit großer Wahrscheinlichkeit auf die Störung der seelischen Gesundheit zurückzuführen ist. Persönliche Ressourcen des jungen Menschen und dessen sozialen Umfelds müssen dabei beachtet werden. Denner (2008) spricht grundsätzlich *dann* von einer Teilhabebeeinträchtigung, wenn Kinder oder Jugendliche bislang keine „altersgemäße Selbstständigkeit“<sup>12</sup> entwickeln konnten, sie merkliche Ausschlüsse bezüglich altersgemäßer Kontakte und Beteiligungschancen erleben und/ oder in ihren persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten deutlich eingeschränkt sind (ebd.: 160).

---

<sup>11</sup> Das ICD 10 (ICD, engl: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) bezeichnet das international gültige Diagnoseklassifikationssystem der Medizin.

<sup>12</sup> Eine Definition von 'altersgemäßer Entwicklung' ist immer auch verbunden mit einer konstruierten Normalität. Inwieweit eine solche Bestimmung wegweisend sein kann und darf, gilt es an dieser Stelle weiterführend zu diskutieren (vgl. Köttgen, 2007, u.a.)

Auch jungen Volljährigen (in der Regel bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres) kann nach § 41 KJHG eine (stationäre) Hilfe genehmigt werden, wenn diese für die Persönlichkeitsentwicklung notwendig erscheint.

Die endgültige Entscheidung über die Art und die Dauer der Leistung obliegt schließlich dem zuständigen Jugendamt.

### 3.2 Die Hilfeplanung

Das Hilfeplanverfahren ist ein zentrales Steuerungsinstrument, welches unter Mitwirkung aller am Hilfeprozess Beteiligten und im Zusammenwirken verschiedener Fachkräfte erarbeitet wird (vgl. Denner, 2008: 162). Dabei sollen Entscheidungen über mögliche Hilfen getroffen werden, welche die individuelle Entwicklung eines jungen Menschen stärken. Im Rahmen des § 35a KJHG soll auch die zuständige ärztliche oder psychotherapeutische Fachkraft am Planungsprozess beteiligt werden. Die Auswahl der Art der Hilfe sollte sich stets an den individuellen Zielen orientieren und „die Prämisse der größtmöglichen Integration beachten“ (Denner, 2008: 163).

Die genauen Ziele der Hilfe werden individuell in Aushandlungsprozessen mit den jungen Menschen und deren sorgeberechtigten Bezugspersonen definiert<sup>13</sup>. In der realistischen Umsetzung empfinden, nach Untersuchungen von Daigler (2000), viele Kinder und Jugendliche das Setting der Hilfeplangespräche eher als bedrückend (vgl. Daigler, 2000: 39).

Trotz gesetzlicher Forderung entspricht die Entscheidung über die Gewährleistung von Hilfen nach § 27 oder § 35a nicht immer ausschließlich den individuellen Bedürfnissen der jungen Menschen, sondern ist zunehmend auch an strukturelle Bedingungen geknüpft. So beeinflussen beispielsweise die jeweiligen Entscheidungspraktiken und Strukturen der Jugendämter, ob und wann eine Hilfe nach § 35a genehmigt wird oder nicht (vgl. Denner, 2008: 155). Außerdem, so Becker und Koch (1999), unterliegen die Hilfeentscheidungen zunehmend finanziellen Vorgaben, welche das Ziel der Kostendämpfung verfolgen (sollen) und so Hilfeansprüche beschneiden können (Becker/ Koch, 1999: 89, vgl. auch Henkel/ Schnapka/ Schrappner, 2002: 123). Sie kritisieren: „Nicht mehr der individuell zu ermittelnde Bedarf bildet dann den Maßstab für die notwendigen Maßnahmen, vielmehr ist es das standardisierte Angebot, in das sich der individuelle Bedarf mehr oder weniger einpassen muss.“ (ebd.: 89). Insbesondere Entscheidungen über teurere stationäre Hilfemaßnahmen bei jungen

---

<sup>13</sup> Weiterführend hierzu Kapitel 4.2

Volljährigen fallen häufig zögerlich aus (Meybohm, 2005: 86). Oft werden Hilfen dann nur über einen kurzen Zeitraum bewilligt. Zusätzlich wird die Zuständigkeitsfrage des Öfteren zwischen den Ressorts Jugendhilfe und Soziales hin und her geschoben (ebd.: 87). Meybohm beobachtet weiter, dass für manche Jugendlichen diese Situation eine positive Entwicklung anstößt, während der zunehmende Druck bei anderen zu Resignation und Verweigerung führt (ebd.).

Prinzipiell ist die Hilfeplanung nicht als „Routenplanung“ mit festgelegtem Schema zu verstehen (Krause/ Wolff, 2005 zit. n. Hamberger, 2008: 341). Verstehens- und Interpretationsprozesse brauchen Zeit und wo diese fehlt, gilt es sie „bewusst zu organisieren“ (Hamberger, 2008: 340).

### 3.3 Die Therapeutische Jugendwohngruppe

Die Therapeutische (Jugend-)Wohngruppe (T(J)WG) gehört zu dem Bereich der stationären Hilfen und stellt als diese eine vergleichsweise kostenaufwändige und hochschwellige Maßnahme in der Jugendhilfelandchaft dar. Sie sind Hilfeinrichtungen an der Schnittstelle zwischen Gesundheit und Jugendhilfe (vgl. Meybohm, 2005: 83). Das Angebot umfasst eine psychotherapeutisch geleitete, sozialpädagogische Rund-um-die-Uhr-Betreuung auf der Grundlage des §27 KJHG in Verbindung mit den §§ 27 (3), 30, 34, 35, 35a und 41 KJHG.

Das Angebot richtet sich in der Regel an junge Menschen zwischen 14 und 21 Jahren. Die Biografien von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in einer Therapeutischen Wohngruppe leben, sind in der Regel gekennzeichnet von belastenden Lebensereignissen, wie beispielsweise frühen Bindungsstörungen, Versorgungs-, Fürsorge- und Förderungsdefiziten oder körperlicher/ sexueller Gewalt (Gahleitner/ Ossola/ Mudersbach, 2005: 94). Ohne die Verarbeitung dieser Negativerfahrungen kommt es häufig zu so genannten Verhaltensauffälligkeiten oder psychiatrischen Symptomen<sup>14</sup>. Oft wurden/ werden die jungen Menschen während des Hilfeverlaufs jugendpsychiatrisch behandelt (Gahleitner, 2008: 136).

---

<sup>14</sup> Beispielsweise Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Suizidalität, Psychosen, Depressionen, Angststörungen, selbstschädigendes/ selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen, psychosomatische Erkrankungen, Aggressivität oder Suchtmittelmissbrauch.

Vor allem aber haben die jungen Menschen im Laufe der Zeit das Vertrauen<sup>15</sup> in die Feinfühligkeit und Responsivität von Erwachsenen verloren und scheuen so häufig das Risiko, neue Bindungen einzugehen, neu zu vertrauen (Stanulla, 2004: 6).

Das Angebot der TWG zielt auf die schrittweise Heranführung an ein selbstverantwortliches Leben. Die Alltags- und Lebensbewältigung bildet ein zentrales Anliegen der Betreuung und Begleitung der Jugendlichen. Vor allem jedoch der Versuch das Selbstvertrauen zu stärken und so eine Basis für die Entwicklung von Vertrauen in andere zu schaffen, ist ein Ziel in der Betreuung (Stanulla, 2004: 6). Sowohl die individuellen und gegebenenfalls familiären Ressourcen, als auch die persönlichen Einschränkungen und Belastungen sollen mit dieser Zielsetzung berücksichtigt werden (ebd: 136).

Die Gestaltung eines 'Therapeutischen Milieus'<sup>16</sup> wird dabei angestrebt. Dies impliziert nicht etwa die „Therapeutisierung des Alltags“ (Gahleitner/ Ossola/ Mudersbach, 2005: 94). Vielmehr soll es zu einer wirksamen Kombination von sozialpädagogischem Handeln und therapeutischem Verstehen kommen, welche die Bedürfnisse psychisch beeinträchtigter Jugendlicher in besonderem Maße berücksichtigt (vgl. Lindauer, 2005: 17).

Das interdisziplinäre Betreuungsteam, meist bestehend aus Sozialpädagog\_innen, Erzieher\_innen, Psycholog\_innen und/ oder Psychotherapeut\_innen, ist darauf bedacht, die Potentiale der Jugendlichen wahrzunehmen und das spezifische Verhalten vor einem professionellen Hintergrund zu verstehen. Letzteres erfordert sowohl das Wissen über psychiatrische Störungsbilder als auch besondere Kenntnisse über gruppenspezifische, soziale und kulturelle Aspekte (Gahleitner/ Ossola/ Mudersbach, 2005: 94).

Als weiteres Qualitätsmerkmal des 'Therapeutischen Milieus' nennen Rosemeier et. al. (2005) die „Beziehungsarbeit im pädagogischen Alltag“ (ebd.: 140). Jede/r Jugendliche hat eine/n Bezugsbetreuer\_in, der/die eine besondere Ansprechperson für sie/ihn darstellt, wodurch ein stabiles Vertrauensverhältnis entstehen kann. Schutz und Struktur im Alltag sollen den Jugendlichen einen verlässlichen Halt bieten. Dazu gehört unter anderem eine Tages- und Wochenplanung, gemeinsame Mahlzeiten, individuelle tagesstrukturierende Beschäftigungen und Freizeitgestaltung, eine verbindliche

---

<sup>15</sup> Stanulla (2004) definiert Vertrauen hier als eine positive Erwartung (Hoffnung) an den jeweils Anderen, die mit den Annahmen der Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Wohlgesonnenheit korrespondiert (ebd.: 5).

<sup>16</sup> Das Konzept des 'Therapeutischen Milieus' wurde geprägt und entwickelt durch den Pädagogen und Psychoanalytiker Fritz Redl. Vgl. weiterführend dazu Redl (1971).



Nachtruhe, feste Termine zu Gruppengesprächen oder Therapiesitzungen, Ferienprogramme, Gruppenaktivitäten und -reisen und Ähnliches (vgl. Egel/ Strutzke, 2008: 90).

Alle Prozesse können zusätzlich in einem geschützten therapeutischen Setting mit einer Psycholog\_in/ Psychotherapeut\_in begleitet und reflektiert werden. Außerdem können dabei mögliche Bewältigungsstrategien zur Prävention weiterer Krisen erarbeitet werden (vgl. Gahleitner/ Ossola/ Mudersbach, 2005: 96). Bei allen Begegnungen, ob im Alltag oder in der Therapie, fordert Fröhlich- Gildhoff (2007) Feinfühligkeit, Empathie und Akzeptanz vonseiten der Professionellen (ebd.: 9).

Konzeptuell soll so ein mehrpersonales Beziehungsgeflecht entstehen, welches den Jugendlichen ein sicheres Netz bietet, in welchem sie aufgefangen werden und zuverlässige Beziehungsangebote wahrnehmen können (vgl. Egel/ Strutzke, 2008: 92). Bemerkte sei dabei allerdings auch, dass dieses „Geflecht“ zugleich eine hohe Flexibilität von den Jugendlichen abverlangt, sich auf unterschiedliche Menschen und Charaktere einzulassen.

Für das gesamte Team geht es im Allgemeinen weniger um das bloße „Aus-Halten“ von individuellen Dynamiken, sondern vielmehr um ein „Halt geben“ in der gesamten Betreuung (vgl. Rosemeier et. al, 2005: 144). Dieser Anspruch macht klare Aufgabenverteilungen, einen regelmäßigen Austausch im Team, das gemeinsame Verstehen und ein professionelles Wahren von Grenzen dringend erforderlich. Um dauerhaft gute Arbeit leisten zu können, ist die beständige Weiterentwicklung von fachlichen und professionellen Kompetenzen erforderlich. Dazu gehören Fort- und Weiterbildungen, Supervision, die Reflexion und Kritikfähigkeit des eigenen Handelns, ein kollegialer Austausch und die Wahrung der eigenen Seelengesundheit (Denner, 2008: 295). Nur so kann massiven Überforderungssituationen vorgebeugt werden. Letztere sind jedoch häufig der Grund für eine hohe Mitarbeiter\_innenfluktuation. Dies ist insofern problematisch, als dass ein Wechsel der Betreuungsperson, mit der ein/e Jugendliche\_r eine vertrauensvolle Beziehung eingegangen ist, einen schmerzhaften Verlust darstellen kann. Das Team sollte diesem Ereignis dann achtsam und sensibel begegnen (Senckel, 2007: 68).

Das Zusammenleben mit Gleichaltrigen spielt ebenfalls eine wichtige Rolle im Leben einer TWG. Dabei kann ein starker Zusammenhalt der Gruppe stabilisierend wirken, jedoch kann es in Extremen auch zu einer heftigen Gruppendynamik, zum Beispiel zu

einem Ausagieren von Aggressionen, Rivalität, gegenseitiger negativer Verstärkung oder einem beziehungslosen Nebeneinander führen<sup>17</sup> (Egel/ Strutzke, 2008: 91).

### 3.4 „Was wirkt?“ - Ergebnisse aus der Forschung

Positive und negative Einflussfaktoren von Hilfeverläufen zu evaluieren, stellt eine wesentliche Anforderung in der Jugendhilfeforschung dar. Für bisherige Forschungsergebnisse in größerem Rahmen kann auf allgemeine Studien der Jugendhilfe zurückgegriffen werden.

Untersuchungen des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe, die unter anderem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) beauftragt und unterstützt wurden, sind hier beispielhaft heranzuziehen. Seit den 1990er Jahren wurden beziehungsweise werden in diesem Rahmen großformatige Untersuchungen durchgeführt. Ziel der Studien ist es, Stärken und Schwächen in den Jugendhilfeabläufen zu erkennen und somit die Wirksamkeit von Hilfeprozessen und -leistungen zu optimieren.

So beantwortet die 1995-2000 durchgeführte Jugendhilfe-Effekt-Studie (JES, Schmidt et. al., 2002) hauptsächlich Fragen nach der Anzahl von Hilfeempfangenden, der Hilfedauer oder der Höhe von Kostenaufwendungen im Bereich der Jugendhilfe.

Die 1993-1997 durchgeführte Forschungsstudie JULE (hrsg. vom BMFSFJ, Publikationsherausgabe Baur et. al., 1998), welche sowohl stationäre als auch teilstationäre Erziehungshilfen in die Untersuchung einbezieht, erklärt mehr als 70 Prozent der Hilfen als erfolgreich, da diese positive Auswirkungen auf Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und das soziale Umfeld der Jugendlichen zeigten. Als besonders erfolgreich wurde die stationäre Betreuung beurteilt, wobei jedoch die jeweiligen Angebote im Einzelnen nicht weiter differenziert werden konnten (BMFSFJ, 1998: 31). Die Forschungsgruppe betont weiterhin die Wichtigkeit einer sinnvollen Abstimmung von Hilfen und einer sorgfältigen Planung von Übergängen.

In der fortlaufenden Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS, Institut für Kinder- und Jugendhilfe, 2004) wurde unter anderem festgestellt, dass abgeschlossene Hilfen eine höhere Erfolgsquote aufweisen als abgebrochene Hilfen. Dabei korrelierte insbesondere eine Dauer von deutlich mehr als einem Jahr mit den positiven Effekten in den entsprechenden Hilfeformen (Macsenaere/ Herrmann, 2004).

---

<sup>17</sup> Vgl. fortführend dazu Egel/ Rosemeier, 2008: „Gruppenleben – Struktur, Dynamik und Interventionen“

Die Studien bieten letztlich nur unzureichende Informationen über Auswirkungen und Effekte der Hilfen, welche konkrete Anweisungen für die Praxis postulieren könnten. So erklärt Thiersch (1998) in der Einleitung der JULE- Studie das Untersuchungsdesign für „lückenhaft“ und bemängelt diesbezüglich die fehlende Differenzierung und Präzision der unterschiedlichen Angebotsstrukturen (vgl. ebd.: 15). Die Forschung muss daher herausgefordert werden, die Komplexität der Jugendhilfeprozesse und die individuellen Erfahrungswerte der Adressat\_innen zu berücksichtigen (vgl. Gahleitner, 2009: 61).

Diesem Anspruch folgend beleuchten andere Studien die Wirkweisen spezifischer Hilfemaßnahmen<sup>18</sup>. Die Katamnesestudie-TWG (2009) ist ebenso beispielhaft wie die Untersuchungen Hambergers (2008) zum Thema „Erziehungshilfekarrieren“. Pies (2004) analysiert in einer anderen qualitativen Studie die Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für die Arbeit relevante Ergebnisse sollen im Folgenden ausschnitthaft vorgestellt werden.

#### 3.4.1 Katamnesestudie – TWG

Die Katamnesestudie (Kata-TWG, AK Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin, 2009) untersucht die spezielle Jugendhilfemaßnahme TWG im Hinblick auf Einflussfaktoren für eine nachhaltig wirksame Betreuung von jungen Menschen. Die Daten wurden mittels quantitativer Akten- und Dokumentenanalysen gewonnen. Außerdem wurden 20 problemzentrierte Interviews mit ehemaligen Hilfeempfangenden und deren damaligen Bezugsbetreuenden geführt und ausgewertet.

Ergebnisse der Untersuchung hinsichtlich der positiven Einflussfaktoren besagen unter anderem, dass eine erfolgreiche Problembewältigung von der Interventionsdauer und der Planmäßigkeit der Maßnahme abhängig ist. Eine erfolgreiche Bindungs- und Betreuungsarbeit braucht Zeit. Es wird deutlich, dass die real von der Jugendhilfe ermöglichten Bewilligungszeiträume für stark belastete Jugendliche oft zu kurz sind, um eine andauernde Wirkung des Sozialisationsprozesses zu gewährleisten. Vielmehr steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Jugendlichen in alte problematische Muster zurückfallen, werden sie frühzeitig entlassen (Gahleitner/ Krause/ Rosemeier, 2009: 45).

Weiterhin korreliert der Erfolg einer Maßnahme mit der Kooperation der Jugendlichen und einer stabilen Beziehung zwischen den Jugendlichen und dem pädagogisch-therapeutischen Team. Aus der Analyse der Interviews geht hervor, dass die im Alltag eingebettete

---

<sup>18</sup> beispielsweise Goldbeck/ Fegert (2006); Engelke/ Maier/ Steinert/ Bormann/ Spatschek (2007); Schleiffer (2001); Maier (1999)

Betreuung und die Beziehungsangebote zentrale Wirkfaktoren für eine positive Veränderung darstellen. Auf der Basis eines strukturierten Alltags können therapeutische Vertrauensräume aufgebaut werden und Interventionen fruchten. Das Zusammenspiel von alltagsorientiertem Betreuungsraum und therapeutischem Schutzraum ist sehr bedeutungsvoll (ebd.: 43). Innerhalb der Alltagserfahrungen kann auch die Beziehung zur Bewohner\_innengruppe stützend wirken. Dass der Einfluss des Gruppenzusammenhangs auch rückfallgefährdend oder 'ansteckend negativ' erfahren werden kann, wird ebenfalls deutlich (ebd.: 44).

Aus den Ergebnissen der Studie erschließt sich ein Katalog an Anforderungen für die Fachkräfte in den TWGs im Zusammenhang mit Bindungs- und Beziehungsarbeit, Fachwissen zur vorherrschenden Problematik, Strukturgebung, Flexibilität, Selbstreflexion, Teamgeist, Vernetzungskompetenz und Psychohygiene (ebd.).

#### 3.4.2 Untersuchungen von Erziehungshilfekarrieren

Hamberger (2008) untersucht in seiner Studie die Hilfeverläufe junger Menschen, welche sich durch einen häufigen Wechsel zwischen unterschiedlichen stationären Jugendhilfemaßnahmen charakterisieren. Um Prozesse und Wirkweisen innerhalb des Jugendhilfesystems nachvollziehen zu können, analysiert und rekonstruiert Hamberger fünf solcher Karrieren anhand von narrativen Interviews mit Jugendlichen und Fachkräften. Hinzuziehend wird das Instrument der Aktenanalyse genutzt (Hamberger, 2008: 94ff.).

Die Einflussfaktoren für das Gelingen oder Scheitern von Hilfeverläufen sind vielschichtig. Eine wesentliche Komponente bezeichnet die Achse der Stabilität, Attraktivität und Verlässlichkeit der pädagogischen Beziehung. Junge Menschen benötigen demnach anregende Alltagsstrukturen, herausfordernde Angebote und engagierte Menschen, um bisherige enttäuschende und negative Erfahrungen korrigieren zu können (Hamberger, 2008: 324). Maßnahmen müssen in Bezug auf die Lebenswelt<sup>19</sup> verständlich gemacht werden. Somit zielt die Hilfeleistung ebenso auf kontinuierliche und individuelle Bildungsprozesse (ebd.: 326).

Zudem ist Heimerziehung häufig verbunden mit dem Verlust bisheriger Beziehungen und einem Neuanfang. Daher sind die Adressat\_innen auf kontinuierliche Beziehungsangebote von Personen, die sie *nicht* fallen lassen, angewiesen (ebd.). Für Jugendliche ist es sehr

---

<sup>19</sup> Hans Thiersch prägte den Begriff der Lebensweltorientierung. Das Konzept fordert die Berücksichtigung und Respektierung des individuellen Alltags und der Biografie der Adressat\_innen während einer stetigen Reflexion der professionellen Praxis. Seit dem 8. Jugendbericht der Bundesregierung von 1989 dient dieses Konzept als Leitidee für die Gestaltung der Jugendhilfe.

bedeutsam, zu spüren und zu erleben, dass jemand an sie glaubt und Hoffnung in ihre Entwicklung setzt, auch und vor allem in krisenhaften Zeiten (ebd.: 327). Diese Verlässlichkeit wird von den Jugendlichen kontinuierlich geprüft (ebd.). Keine häufigen Wechsel, sondern andauernde Beziehungserfahrungen sind dabei vonnöten. Im Gegensatz dazu wurde die Effektivität in den untersuchten Hilfeverläufen häufig durch Abbrüche und Wechsel eingeschränkt. Als Folge war ein Misstrauen der Jugendlichen gegenüber den Hilfeanbietenden zu beobachten, welches schwer wieder abzubauen war (ebd.: 325).

Hinsichtlich der Hilfeplanung stellt die Teilhabe an Entscheidungsprozessen eine wichtige Vorübung zur Gestaltung der persönlichen Perspektive dar (ebd.: 330). In den untersuchten Hilfesgeschichten signifizierte sich die Beteiligung jedoch als mangelhaft und die Jugendlichen fühlten sich wenig in die Planung mit einbezogen. Der Kontakt zum Jugendamt begrenzte sich meist auf die Hilfekonferenzen und unregelmäßige Zuständigkeiten innerhalb verschiedener Institutionen erschwerten zusätzlich die Situation der Jugendlichen (ebd.: 330f.).

### 3.4.3 Erleben und Erwartungen von Kindern und Jugendlichen zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie

In ihrer Studie widmet sich Pies (2004) der Frage: „Wie erleben Kinder Hilfeprozesse in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie?“. Dazu wurden mehrere Zehn- bis Vierzehnjährige in qualitativen Interviews zu ihren Erfahrungen mit den beiden Hilfesystemen befragt. Pies entwickelt aus dem Interviewmaterial einige zentrale Thesen (vgl. Pies, 2004).

Wie der Unterbringungsprozess (sowohl innerhalb der Jugendhilfe, als auch in der KJPP) abläuft, ob die Kinder oder Jugendlichen sich selbst für eine Hilfemaßnahme entscheiden und ob sie das Gefühl bekommen, eine Unterbringung sei zu ihrem Wohl, nimmt Einfluss auf den gesamten Hilfeverlauf. Eine ausreichende Vorbereitung auf die neue Situation, Transparenz und Ehrlichkeit sind hier von allen Beteiligten zu erwarten (ebd.: 430f.). Ein weiteres Ergebnis ist, dass die jungen Menschen häufig unzureichend über den Ort der Kinder- und Jugendpsychiatrie informiert werden. Generell erfahren die Einrichtungen der Jugendhilfe im Vergleich mit der KJPP häufig eine positivere Wertung.

Die Qualität der Beziehungen zu den Betreuenden ist von großer Wichtigkeit für die Kinder und Jugendlichen. Wertvoll sind für sie vor allem Einfühlungsvermögen, Vertrauenswürdigkeit und das Gefühl von echtem und aufrichtigem Interesse an ihrer Person (ebd.: 433).

Das Jugendamt hingegen nimmt auch hier für die Befragten eine nachrangige Bedeutung an (ebd.: 432). Vielmehr kritisiert Pies die häufigen Wechsel von Jugendamtsmitarbeiter\_innen

und verweist hierzu auf Ergebnisse der JULE- Studie, wobei letztere ebenso die Fluktuation von Fachkräften im Jugendamt bemängeln, welche die Wirksamkeit von Hilfen deutlich einschränkt (BMFSFJ, 1998: 30). Lamm und Treeß (2002) machen ebenfalls darauf aufmerksam, dass die Diskontinuität und Unzuverlässigkeit von Bezugspersonen, die viele Jugendliche in ihrem bisherigen Leben erfahren mussten, hier von der Jugendhilfe rekapituliert und erneut bestätigt wird (ebd.). Bezüglich der Hilfeplangespräche offenbart sich eine Vernachlässigung der Beteiligungschancen: „man darf mitreden, aber nicht mitentscheiden.“ (Pies, 2004: 432). Daraus ergibt sich die Forderung an die Fachkräfte die Chancen aktiver Partizipation zuzulassen und zu fördern.

Weiterhin ist es unverzichtbar den Zukunftsvorstellungen der jungen Menschen Gehör zu schenken. Die Befragten reagierten mit Verunsicherung, wenn sie bezüglich ihrer Zukunft im Ungewissen blieben und Absprachen fehlten (ebd.: 434). Dies zu vermeiden, bedarf es einer gemeinsamen und langfristigen Entwicklung von Perspektiven durch Helfer\_innen und die Adressat\_innen.

## 4 DAS VERHÄLTNISS ZWISCHEN JUGENDHILFE UND PSYCHIATRIE

*„Trotzdem erscheint es mir interessant zu fragen, warum eigentlich die Kooperation zwischen dem System Jugendhilfe und dem System Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Pflanze ist, die ständig mit so viel Liebe und so viel Zeitaufwand gepflegt werden muss und die immer wieder zu verdorren droht, wenn sie nicht genug Aufmerksamkeit erhält.“ (Rotthaus, 2007: 24)*

Diese Aussage von Rotthaus (2007) entspringt der Beobachtung, dass die Schnittstelle von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie schon seit langer Zeit den Gegenstand vielfältiger Diskussionen darstellt (vgl. Gintzel/ Schone 1989 und 1990; Köttgen/ Kretzer/ Richter, 1990). Ein Grund für die andauernde Auseinandersetzung mit dem Thema der Schnittstellenproblematik ist vor allem die Einführung des § 35a im SGB VIII. Ebenso macht eine wachsende Zahl von Kindern und Jugendlichen, die mit beiden Hilfesystemen in Berührung kommen, den Dialog über eine sinnvolle Ausgestaltung der Zusammenarbeit notwendig.

Der fachliche Diskurs erkennt in allen Zeiten Schwierigkeiten, die das gemeinsame Wirken der Systeme erschwert. Um diese nachvollziehen zu können, wird im Folgenden auf wesentliche Unterschiede und die Berührungspunkte von Jugendhilfe und Kinder- und

Jugendpsychiatrie Bezug genommen. Anschließend werden die Forderungen zu einer gelingenden Kooperation angeführt.

#### 4.1 Konfliktlinien zwischen den beiden Hilfesystemen

Häufig werden die Jugendhilfe und die Kinder- und Jugendpsychiatrie als ungleiches Paar miteinander verglichen. Bezüglich des Leistungsumfangs setzt Rotthaus (2007) beispielsweise die Jugendhilfe mit einem „Riesen“ gleich, während die Kinder- und Jugendpsychiatrie dem als „Winzling“ gegenüber steht (Rotthaus, 2007: 27). Das Verhältnis der Disziplinen lässt sich nach Fegert und Schraper (2004) weiterhin mit dem Bild der Stiefgeschwister symbolisieren: „Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie haben einen gemeinsamen Vater - den Staat und seine Politik und Programme zur Sicherung von Normalität und Integration der nachwachsenden Generationen - und verschiedene Mütter, die Sozialpädagogik und die Medizin“ (Fegert/ Schraper, 204: 19).

Betrachtet man die grundsätzlichen Handlungsansätze der beiden Bereiche, so unterscheiden sich diese voneinander: Die Psychiatrie verfolgt ein medizinisches Krankheitsmodell, das von einem Defizit oder einer Störung ausgeht. Sie will Leiden verhindern, Symptome lindern und Ursachen klären (du Bois, 2004: 421). Mit Hilfe internationaler Klassifikationssysteme lassen sich kinder- und jugendpsychiatrische Störungs- und Krankheitsbilder (scheinbar) eindeutig diagnostizieren (Gintzel/ Schone, 1989: 15). Das sozialpädagogische Modell hingegen will sich an den gesunden Anteilen der Person orientieren und diese fördern. Sie will Kräfte wecken, die sich zu einer Höher- und Weiterentwicklung nutzen lassen (du Bois, 2004: 421).

Vor allem der stationäre Bereich der KJPP widmet sich hauptsächlich der Akutbehandlung und ist daher mit eher kurz- bis mittelfristigen Interventionen verbunden. Krisen gehören innerhalb der KJPP zum Alltag. Dahingegen sind Krisensituationen im Bereich der Jugendhilfe nicht selten mit Ohnmachtserfahrungen und der Hilflosigkeit von Betreuenden verbunden (Fegert/ Schraper, 2004: 20). Die Maßnahmen der Jugendhilfe sehen eine vergleichsweise langfristige Begleitung der jungen Menschen vor.

Resultierend aus der unterschiedlichen Aufgabenverteilung ist die Zusammenarbeit der Systeme häufig mit gegenseitigen Erwartungshaltungen verbunden. Beispielsweise wird der Kinder- und Jugendpsychiatrie in eskalierenden Problemsituationen die Zuständigkeit dann zugeschrieben, wenn sich die Jugendhilfe überfordert fühlt (Rotthaus, 2007: 27). In diesen Fällen erwarten die Mitarbeiter\_innen der Jugendhilfe eine schnelle Hilfe und konkrete Vorschläge für die weitere Arbeit mit dem/r Jugendlichen (Darius, Hellwig, 2004: 507). Die sofortige Unterbringung in die KJPP zielt somit häufig nicht nur auf die Behandlung akuter

Krisen, sondern auch auf eine Entlastung von Jugendhilfeeinrichtungen zum Schutz von Mitbewohner\_innen und Betreuenden (Wildermuth, 2007: 44). Die Kinder und Jugendlichen sind dabei die Leidtragenden, denn sie werden schnell „abgegeben“. „Drehtüreffekte“ und Hospitalisierungstendenzen sind das Resultat (vgl. Köttgen, 2007: 90f.). Doch auch die Erwartungen der KJPP an die Jugendhilfe übersteigen teilweise deren reale Möglichkeiten, wenn zum Beispiel die sofortige Bereitstellung von Jugendhilfemaßnahmen nach einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung verlangt wird.

Ungleichheiten ergeben sich auch weiterhin durch gesellschaftliche Hierarchien und den Status der Systeme. Gemessen an den Kriterien des Ausbildungsniveaus, der Höhe des Gehalts und des gesellschaftlichen Status' genießt die KJPP als medizinische Fachdisziplin eine höhere Anerkennung als Profession als die Jugendhilfe (vgl. Rößler, 1990; Fegert/Schrapper, 2004). Tornow (2007) kennzeichnet die unterschiedliche Professionalisierung als eine Hauptursache für Kooperationsproblematiken. Die Sozialpädagogik hat laut Tornow, „weniger erfolgreich an ihrer Professionalisierung gearbeitet als die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Daraus mag die oft nach wie vor hierarchisch erlebte Interaktion resultieren.“ (Tornow, 2007, zit. n. Beck, 2008: 20). Die Soziale Arbeit (hier stellvertretend die Jugendhilfe) strebt noch immer nach der Anerkennung als professionelle Expertin und ist daher (noch) empfindlich gegenüber Einmischungen und Bevormundungsversuchen (Fegert/ Schrapper, 2004: 20). Vor allem das Jugendamt mit der Entscheidungshoheit über zu gewährleistende Hilfen, befindet sich in einem schwierigen Drahtseilakt zwischen der Einbeziehung anderer Fachbereiche und dem Kampf nach Achtung eigener Kompetenzen (Freese/ Holz/ Signe, 2009: 143).

## 4.2 Berührungspunkte von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Stellt man den älteren und den heutigen Fachdiskurs gegenüber, ist festzustellen, dass gegenwärtig häufiger auch die Verbindungspunkte der beiden Systeme beleuchtet werden. Dadurch wird zum einen die Sinnhaftigkeit einer konstruktiven interdisziplinären Kooperation betont und zum anderen können daraus konkrete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit formuliert werden.

An der Schnittstelle der beiden Systeme geht es vor allem um die gemeinsamen Auftraggeber\_innen: die Kinder und Jugendlichen. Der Anteil der gemeinsamen Adressat\_innen hat maßgeblich zugenommen (Beck/ Warnke, 2009). Untersuchungen zufolge ist der Anteil einer gemeinsamen Klientel von Kinder- und Jugendpsychiatrie und



Jugendhilfe in den vergangenen Jahren von zunächst 10-15 % auf inzwischen 30 % gestiegen (Darius/ Hellwig/ Schrapper, 2002). Nach der Ulmer Heimkinder-Studie (Schmid, 2007) beträgt die Prävalenzrate von Kindern und Jugendlichen mit psychischer Störung in der Population der Heimkinder fast 60%, über ein Drittel weist komplexe oder komorbide<sup>20</sup> Störungen auf (ebd., zit. n. Fegert/ Besier/ Goldbeck, 2008).

Aber um wen geht es hier eigentlich? Es geht um Kinder und Jugendliche, die Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie an die Grenzen ihres Handlungsspielraums bringen (Ader, 2004: 438). Es geht um junge Menschen, deren Verhalten in ihrer Umgebung Hilflosigkeit, Unverständnis und Ohnmacht auslöst und es geht um die jungen Menschen, welche auf Grund ihres Verhaltens ausgegrenzt werden (Kalter, 2004: 449ff.). In der Literatur werden diese jungen Menschen häufig als „Grenzfälle“ bezeichnet (vgl. Trost, 2007; Fegert/ Schrapper, 2004; Rößler 1990), da häufig ein Anspruch auf Versorgung durch beide Disziplinen besteht. An diesem Punkt stellt sich dann die Frage nach der Zuständigkeit. Wenn die Systeme an ihre Grenzen stoßen, wird laut Jungmann (2004) häufig der Versuch unternommen, die Verantwortlichkeit auf eine nächste Instanz bzw. auf andere Helfer zu delegieren (Jungmann, 2004: 574).

Eine Verbindung besteht weiterhin dahingehend, dass in der KJPP heute weitaus mehr Mitarbeiter\_innen aus nicht-medizinischen Professionen beschäftigt sind, welche das 'Therapeutische Milieu' prägen. Ohne geeignete begleitende oder sich anschließende Jugendhilfemaßnahmen kann die KJPP ihre Patient\_innen nicht fachgerecht versorgen. Außerdem sind viele Einrichtungen der Jugendhilfe, beispielsweise TWGs, häufig konfrontiert mit Kindern und Jugendlichen, die von einer „seelischen Behinderung“ bedroht oder betroffen sind. Auch hier gehören daher kinder- und jugendpsychologische Fachkräfte zum Team. Zudem benötigen diese Einrichtungen ebenso die Unterstützung der KJPP (du Bois, 2004: 422f.).

Letztendlich besteht die klare und wesentliche Gemeinsamkeit von Jugendhilfe und KJPP vor allem in der Grundhaltung des Helfens, in der gemeinsamen Absicht, junge Menschen in schwierigen Lebenslagen schützen zu wollen und sie in ihrer Entwicklung zu stärken (Fegert/ Schrapper, 204: 21).

---

<sup>20</sup> Komorbidität bezeichnet in der Medizin das Auftreten unterschiedlicher diagnostizierbarer und eigenständiger Krankheitsbilder nebeneinander.

### 4.3 Kooperation – Chance und (Heraus-) Forderung

*„Wir wissen manchmal sehr genau, was die anderen tun sollen. Wir wissen schon weniger, was die anderen eigentlich wirklich tun können. Und wir wissen manchmal auch nicht, was wir selber tun können.“*  
(Mengedoth, 2005: 99)

Spätestens angesichts der großen und größer werdenden Schnittmenge derselben Klientel wird die Notwendigkeit einer gemeinsamen und kooperierenden Hilfestaltung deutlich.

„Ein Kind mit einem ‚komplexen‘ Hilfebedarf benötigt gerade keine komplexen Zuständigkeiten, keine ‚hilflosen Helfer‘, die erleichtert sind, wenn ein anderer Fachbereich die Zuständigkeit übernimmt.“ (Freese/ Holz/ Adam, 2009: 6). Um passende Hilfen für die individuellen Lebenssituationen der jungen Menschen zu finden, bedarf es vielmehr einer koordinierten Abstimmung und Beratung zwischen den Disziplinen.

Für die Gewährleistung einer gelingenden Kooperation müssen nach Darius und Hellwig (2004) zunächst einige Grundvoraussetzungen erfüllt sein:

1. *Kooperation gelingt nur zwischen Gleichen.*

Erforderlich ist die gegenseitige Anerkennung und Akzeptanz, der Respekt vor der Eigenart des anderen. Nur gleich starke Systeme können kooperieren. Gleichzeitig ist das Wissen über die Kompetenzen und Grenzen des eigenen, sowie des anderen professionellen Handlungsradius' unbedingt notwendig.

2. *Kooperation muss sich für beide Seiten lohnen.*

Die Zusammenarbeit muss für alle Beteiligten gewinnversprechend sein, nicht nur materiell, sondern auch fachlich oder gesellschaftlich.

3. *Ein Mindestmaß an gemeinsamen Zielen und Überzeugungen ist nötig.*

Grundsätzlich müssen gemeinsame Auffassungen und Vorstellungen, beispielsweise über Entwicklung und Rechte von Adressat\_innen vorhanden sein.

4. *Gute Kooperation ist nicht nur von Personen abhängig, sondern braucht auch Strukturen und Verfahren, die Personen schützen.*

5. *Kooperation benötigt eine Basis gegenseitigen Vertrauens.*

Es ist wichtig die Zusammenarbeit transparent, offen und ehrlich zu gestalten, um Vertrauen entstehen lassen zu können. Nur so ist eine Kooperation auf „Augenhöhe“ möglich.

(Darius/ Hellwig, 2004: 510f.)

Bei der konkreten Ausgestaltung der Zusammenarbeit bestehen bereits einige fachlich qualifizierte, regionale Kooperationsvereinbarungen<sup>21</sup>. Andernorts jedoch wird die Zusammenarbeit noch als distanziert und wenig unterstützend erlebt (Beck, 2008: 15). Im Interesse der Kinder und Jugendlichen ist die Formulierung konkreter Ausgestaltungsmöglichkeiten für ein verlässliches, strukturiertes Hilfenetzwerk vonnöten. Maßnahmen wie gemeinsame Arbeitskreise, wechselseitige Hospitationen, gemeinsame Fort- und Weiterbildungen, institutionsübergreifende Fallkonferenzen und Hilfeplanungen, verbindlich formulierte Verfahrensabläufe oder die gegenseitige Beratung können eine gelingende Kooperation fördern (Peukert, 2009: 26). Solche Bemühungen sollten auf politischer Ebene unterstützt werden, indem zum Beispiel die aufkommenden Kosten übernommen werden.

Zur Vermeidung des „Zuständigkeitsgerangels“ wird außerdem die Integration von therapeutischen Leistungen in die Jugendhilfelandchaft erwartet (Goldbeck/ Fegert, 2008). Dies bedeutet eine Qualifizierung von Fachkräften der Jugendhilfe (insbesondere in stationären Einrichtungen) im Hinblick auf spezifisches Störungs- und Interventionswissen für die Arbeit mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen, wie es bereits in dem Modell der TWG vorzufinden ist (Beck, 2008: 21) Ein Vorteil ist dann, dass sich die Hilfen in der Lebenswelt der jungen Menschen bewegen (vgl. Köttgen, 2007: 225). Zudem können mit einem erweiterten Hilfehorizont der Betreuenden vorschnelle Unterbringungen in der KJPP vermieden werden. Vielmehr können in Krisensituationen die Fachkräfte der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Berater\_innen eine Ressource für die Jugendhilfe darstellen.

Die Ziele eines gemeinsamen Behandlungsprozesses und die Aufgabenverteilung in den beiden Settings, könnten sich dann wie folgt darstellen:

---

<sup>21</sup> Hierzu zählen beispielsweise das Projekt „Prävention und Krisenintervention in Jugendhilfe und Psychiatrie in Hessen“ oder das Dortmunder KuK- Projekt.

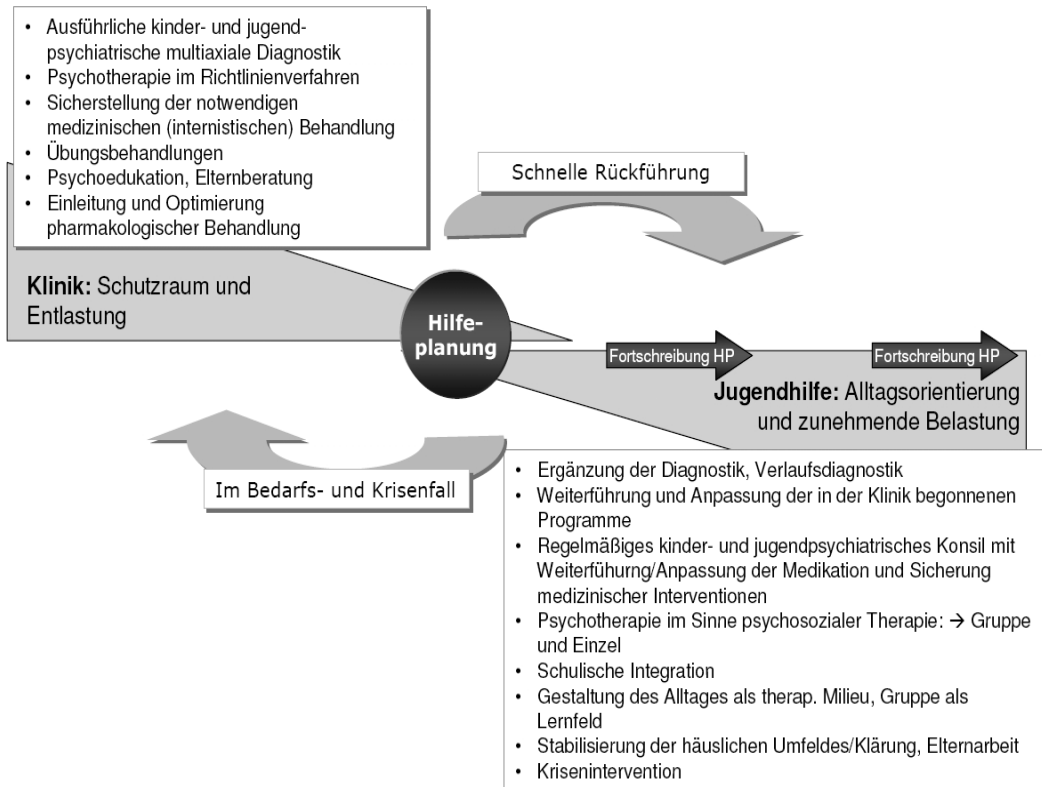


Abb.: Kooperation als gemeinsames Behandlungs- und Betreuungsprogramm (BVkE, 2009)

Anknüpfend an die Forderung einer fortschreitenden Entwicklung der Jugendhilfe, kommt häufig auch der Faktor der Finanzierung zum Tragen. Zum einen stehen bei Entscheidungen über Art und Ort der weiterführenden Hilfe häufiger finanzielle und nicht pädagogisch-therapeutische Kriterien im Vordergrund. Zum anderen nimmt die Klärung über die Kostenzuständigkeit bei den „Grenzfällen“ häufig lange Zeit in Anspruch. Die letztendlichen Benachteiligten beider strukturellen Problematiken sind schließlich die Kinder und Jugendlichen. Um die Frage der Kostenübernahme zu vereinfachen, werden daher vielfach systemübergreifende Finanzmodelle gefordert (vgl. Starke/ Onken/ Tornow, 2009; BVkE 2009).

## 5 PARTIZIPATION IM HILFEPROZESS

*„Erziehung ist kein Prozess, der angemessen als Beeinflussung von Kindern und Jugendlichen durch Pädagogen zu verstehen wäre, sondern die Kinder und Jugendlichen sind eigenständige Subjekte, die sich vor dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte, ihrer aktuellen Lebenssituation und ihrer Zukunftsentwürfe mit den Zwängen und Möglichkeiten auseinandersetzen, die sie in den unterschiedlichen Feldern vorfinden.“ (Hamberger, 2008: 321)*

Die Rechte, Bedürfnisse und Interessen von Mädchen und Jungen zu berücksichtigen und sie als eigenständige Subjekte zu verstehen, stellt eine der wichtigsten Strukturmaxime in der Ausgestaltung von Hilfeprozessen dar. Mit dem Artikel 12 der UN- Kinderrechtskonventionen wird das Recht des Kindes, in Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden postuliert<sup>22</sup>. Dadurch wird der „Sichtweise des Kindes in allen förmlichen Entscheidungen, die das Kind berühren, eine zentrale Bedeutung“ eingeräumt (Rothärmel et. al., 2006: 19). Auch mit der Formulierung von Beteiligungsrechten von jungen Menschen im Grundgesetz und im KJHG mangelt es nicht an Rechtgrundlagen, die die Partizipation von Kindern und Jugendlichen festschreiben. Angesichts dieser Tatsache stellt sich jedoch die Frage, ob die jungen Menschen tatsächlich als Träger\_innen eigener Rechte im Hilfeverlauf verstanden und gestärkt werden. Weiß (2003) macht dabei vor allem auf die biografischen Hintergründe der Mädchen und Jungen aufmerksam, denn in ihrem bisherigen Leben erfuhren sie nicht selten einen Status überwiegender Rechtlosigkeit (ebd.: 117). Umso bedeutender ist hier die Pflicht der Professionellen die Jugendlichen über ihre eigenen Rechte zu informieren und diese zu berücksichtigen, denn nur so können sie zukünftig für sich und andere Verantwortung übernehmen (ebd.: 116).

Doch wann ist die Partizipationsforderung erfüllt? Petersen (2002) versteht die Möglichkeit der Beteiligung von jungen Menschen im Hilfeverlauf dann als gegeben, wenn diese in die Lage versetzt sind, „auf Basis einer sicheren Informationsgrundlage

---

<sup>22</sup> Artikel 12 der UN- Kinderrechtskonventionen:

(1) Die Vertragsstaaten sichern dem Kind, das fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden, das Recht zu, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern, und berücksichtigen die Meinung des Kindes angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife. (2) Zu diesem Zweck wird dem Kind insbesondere Gelegenheit gegeben, in allen das Kind berührenden Gerichts- oder Verwaltungsverfahren entweder unmittelbar oder durch einen Vertreter oder eine geeignete Stelle im Einklang mit den innerstaatlichen Verfahrensvorschriften gehört zu werden.

und ausgestattet mit Machtquellen“ gleichberechtigt mit der jeweiligen Fachkraft in einen Aushandlungsprozess zur Gestaltung des eigenen Lebens zu treten (Petersen, 2002 zit. n. Stecklina/ Stiehler, 2006: 91). Als Voraussetzung für eine gelingende Beteiligung werden faktisch jedoch Rahmenbedingungen, zeitliche Ressourcen und ein partizipatives Gesamtsetting benötigt (Daigler, 2000: 44).

Die tatsächliche Umsetzung und die Grenzen von Mitbestimmung in den Bereichen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie werden im Folgenden näher erläutert.

### 5.1 Beteiligung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Auseinandersetzung mit der Frage, ob und inwieweit die Partizipationsrechte von jungen Menschen tatsächlich zu Tage treten, ist gerade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wichtig. Mit der Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung und der meist damit verbundenen emotionalen Überlastung der Patient\_innen wird häufig von einer eingeschränkten Einwilligungsfähigkeit -oder -möglichkeit ausgegangen. Krisenhafte Situationen, in denen sich die jungen Menschen befinden, zuzüglich der Machtverteilung zwischen Minderjährigen und Erwachsenen und die fachliche und sprachliche Expert\_innenschaft der Helfenden führt zu einem strukturellen Machtüberhang (Kriener/ Wilting, 2004: 485). Vor allem, wenn die Behandlung gegen den Willen des jungen Menschen beschlossen wird, kommt es zu einer Einschränkung der Autonomie (Rothärmel et. al., 2006: 23). Die Entscheidung zu einer solchen Behandlung wird häufig von den Erziehungsberechtigten getragen, welche im Sinne einer stellvertretenden Einwilligung, möglicherweise die Interessen des jungen Menschen vernachlässigen (vgl. Wiethoff, 2004: 22). Dies birgt die Gefahr, dass die Behandelnden von den Patient\_innen als Auftragnehmer\_innen der Eltern wahrgenommen werden (ebd.), was den Vertrauensaufbau in der therapeutischen Arbeit sicherlich erschwert.

Die Bereitstellung von Informationen ist zu jeder Zeit eine notwendige Bedingung, „denn erst Informationen versetzen Kinder [und Jugendliche] überhaupt in den Stand, sich eine freie Meinung zu bilden und diese schließlich zu äußern“ (ebd.: 23). Fegert (2005) stellt zudem fest, dass die aktive Einbeziehung der Patient\_innen positiv mit der Anstrengung korreliert, die sie selbst in die Behandlung investieren (vgl. ebd.: 30).

Das Recht auf Information und Partizipation ist in den UN-Konventionen zwar festgesetzt, jedoch wurde bislang keine Pflicht des Arztes den/ die nicht-einwilligungsfähige/n Patient/in zu informieren, gesetzlich verankert. Dies zu gewähren obliegt lediglich der moralischen und professionellen Verantwortung der Behandelnden

(Rothärmel et. al., 2006: 25). Aus therapeutischer, ethischer und juristischer Sicht ist eine vermehrte Diskussion und Forderung um die Aufklärung und Beteiligung der Betroffenen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dringend erforderlich (ebd.: 24).

## 5.2 Beteiligung in der Jugendhilfe

Vor allem in dem modernen, lebensweltorientierten Jugendhilfe- Konzept ist die Partizipation ein wesentlicher Bestandteil im Planungs- und Entscheidungsprozess (vgl. Rothärmel et. al., 2006: 21). Im Gegensatz zur Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Gewährleistung von Beteiligungsmöglichkeiten auch gesetzlich explizit vorgeschrieben. So sind, laut § 8 Abs. 1 im KJHG, Kinder und Jugendliche „entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen“. Weiterhin sind Kinder und Jugendliche an der Hilfeplanung einzubeziehen und ihre Wünsche, Bedürfnisse und Interessen zu berücksichtigen (vgl. §§ 5, 36, 80 KJHG).

Zwar sind die Partizipationsmöglichkeiten in der Jugendhilfe stärker verankert, als in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, jedoch besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass die Chancen zur Beteiligung noch weiter ausgebaut werden müssen (Stork, 2007: 225). Ob und wie weit es in der Jugendhilfepraxis tatsächlich zu einer Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben kommt, gilt es zunächst zu prüfen. Untersuchungen konstatieren diesbezüglich einen hohen Anteil der Nicht-Beteiligung und einer mangelnden Berücksichtigung der Vorstellungen und Wünsche der Betroffenen<sup>23</sup>. Bei der Entscheidung über Hilfeleistungen nach § 35 a KJHG kritisiert Kultscher (2004) im Speziellen, dass häufig die Symptombeschreibung die Grundlage bei der Hilfeplanung darstellt (ebd.: 266).

De facto erfordert die Hilfeplanung einen hohen Anspruch an die kommunikative, fachliche und soziale Kompetenz. Daigler (2000) bemerkt hierzu, dass „Aushandlungsprozesse nicht nur harmonische Veranstaltungen [sind], sie bergen Interessensgegensätze, Konflikte und Machtverhältnisse in sich“ (Daigler, 2000: 37). In Anbetracht dessen bedarf es formalisierter Verfahren, die es den jungen Menschen ermöglichen sich auf ihre Rechte zu berufen, zu widersprechen und sich zu beschweren<sup>24</sup> (ebd.).

---

<sup>23</sup> Vgl. Becker (1999), Sander (1996), Peterson (1996), Trauernicht/ Finke (1994)

<sup>24</sup> Vgl. Kriener/ Wilting (2004): Ansätze in der Praxis von Erziehungshilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Auch kritische Anmerkungen um die Partizipationsansprüche der Jugendhilfe sind in die Diskussion mit einzubeziehen. So kann die Beteiligung für die jungen Menschen in krisenhaften Situationen auch überfordernd wirken (vgl. Stork, 2007). Die Hilfebedürftigkeit sei, laut Stork (2007), gerade darin zu sehen, dass ein/e Klient\_in „nicht mehr klar und deutlich sehen könne, was für ihn [oder sie] gut oder schlecht ist“ (Stork, 2007: 38). Deswegen ist es wichtig, den Wunsch der Adressat\_innen zur Beteiligung und die Belastungsgrenze zu differenzieren.

Partizipation bedeutet nicht, dass die jungen Menschen alleinige Entscheidungen treffen sollen - die entscheidende Verantwortung obliegt stets den Fachkräften (Kriener/Wilting, 2004: 487). „Unter dem Deckmantel der Partizipation darf diese Verantwortung nicht auf die Kinder abgewälzt werden.“, so Pies (2004: 432).



## II      E M P I R I S C H E R   T E I L

Das Thema der Schnittstelle von Jugendhilfe und Psychiatrie erhält in der gegenwärtigen Fachliteratur zwar ein hohes Maß an Aufmerksamkeit, jedoch werden dabei die Aussagen von Adressat\_innen nur selten mit einbezogen. Bei der Ausarbeitung des Themas möchte ich deswegen qualitativ forschen, weil es mir wichtig ist, auch die Stimmen der eigentlichen Expert\_innen, das heißt der hilfeempfangenden Jugendlichen zu hören.

Warum ist das wichtig? Grund dafür ist nicht nur, dass im Fachdiskurs nicht selten die Perspektive der Betroffenen vernachlässigt wird, sondern vor allem, dass Jugendliche meiner Meinung nach mit ihren Ansichten den Horizont der professionellen Praxis erweitern und zur kritischen Reflexion derselbigen anregen können und sollen. Nur indem die Adressat\_innen einbezogen und somit respektiert werden, können Aussagen in der Fachliteratur geprüft und Schlussfolgerungen für die Praxis gewonnen werden (vgl. Gahleitner, 2005: 57). Ich hoffe so die Mehrdimensionalität von Hilfeverläufen zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie besser darlegen zu können.

Die zentrale Fragestellung bei der Erfassung und Auswertung des empirischen Materials lautete: Wie erleben Jugendliche den Hilfeprozess zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie und welche Faktoren begünstigen und erschweren diese? Bei der Beantwortung dieser Fragen sollen sowohl einzelfallspezifische Erlebnisse, als auch die Betrachtung von strukturellen Aspekten ihren Platz finden.

Die Methodik, die Erhebung und die Ergebnisse der Untersuchung werden im Folgenden dargestellt.

## 6 METHODISCHES VORGEHEN

Um der Fragestellung zufrieden stellend entgegen treten zu können, war mir eine offene Grundhaltung wichtig. Mit Berücksichtigung dessen entschied ich mich bei der Materialsammlung für die Methode des problemzentrierten, halbstrukturierten Interviews nach Andreas Witzel, welches die möglichst unvoreingenommene Erfassung „individueller Handlungen, sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ anstrebt (Witzel, 2000: Abs. 1).

Für die Auswertung der Interviews wählte ich die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse. Dies erschien mir als Auswertungstechnik sinnvoll, da sie Vorwissen und Theorie ebenso achtet, wie die individuelle Beschreibung einer sozialen Realität und schließlich beide miteinander verknüpft. Die Vorteile dieser systematischen Technik können dabei genutzt werden ohne vorschnelle Quantifizierungen und Generalisierungen zu konstruieren (vgl. Mayring, 2002: 114).

### 6.1 Das problemzentrierte Interview

Das problemzentrierte Interview (PZI) ist eine flexible Form der Befragung, die sich auf die subjektive Sicht des/ der Interviewten einlässt (vgl. Gahleitner, 2005: 42) und gleichzeitig den Gesprächsverlauf auf eine bestimmte Problemstellung zentriert, welche vorher bereits von der interviewenden Person ausgewählt wurde. Im Folgenden wird die Methode, die Instrumente derselbigen und ihre Umsetzung in den Interviews beschrieben.

#### 6.1.1 Die Methode und deren Umsetzung

Das PZI orientiert sich weitgehend an dem Ansatz der Grounded Theory. Diese Methodologie, entwickelt von Strauss und Glaser in der 1960er Jahren, richtet sich sowohl gegen das bloße Ableiten von Hypothesen bereits bestehender Theorien, als auch gegen das Ausklammern von theoretischem Wissen im Forschungsprozess (vgl. Krüger/ Meyer, 2007: Abs. 1). Vielmehr möchte sie beide Seiten zulassen und verbinden, um so eine realitätsnahe Theorie entwickeln zu können. Dieser Grundgedanke ist auch bei der Methode des PZI wieder zu finden. Witzel (2000) beschreibt dies als ein „induktiv- deduktives Wechselverhältnis“ im Erhebungs- und Auswertungsprozess (ebd.: Abs. 3). Das bestehende Vorwissen soll nicht ignoriert werden, sondern bei der Planung Anregungen für mögliche Fragen geben. In der Interviewsituation soll der/ die Befragte dann offen zu Wort kommen. Freie Narrationen des Gegenübers sollen dabei angeregt werden. Während des Gesprächs und im nachfolgenden Auswertungsprozess muss vermieden werden, dass die

theoriegeleitete Problemsicht der Forschenden die Sicht der Befragten überdecken (ebd.: Abs. 3).

Als Grundlage für die Durchführung nennt Witzel drei Prinzipien. Die *Problemzentrierung* ist gekennzeichnet von der Ausrichtung an gesellschaftlichen Problemstellungen. Der/ die Interviewer\_in nutzt das Wissen über objektive Gegebenheiten, um zum einen die Ausführungen des Gegenübers besser verstehen und weiterhin am Problem orientierte Nachfragen stellen zu können (vgl. ebd.: Abs. 4). In meiner Arbeit werden Hilfeabläufe und Hilfsstrukturen zwischen den Institutionen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Problemfeld thematisiert und fokussiert. Ich möchte erfahren, wie junge Menschen als Nutzer\_innen der beiden Hilfesysteme letztere wahrnehmen, welche Erfahrungen sie gemacht haben und wie ihre individuelle Sicht auf die Problemstellung aussieht.

Die *Gegenstandsorientierung* charakterisiert die Flexibilität des PZI den Interviewverlauf individuell zu gestalten, ohne dabei die Forschungsfrage zu vernachlässigen. Vorwissen sollte der befragten Person gegenüber zwar formuliert werden, jedoch darf es ihr in keiner Weise als Status quo übergestülpt werden (vgl. Gahleitner, 2005: 44). So stellte ich das Thema zu Beginn zwar vor, jedoch sollte dies meinem Gegenüber nicht automatisch ein Problem aufzwingen. Es kommt zwar zu einer thematischen Vorgabe und Eingrenzung, jedoch bleibt ein offener Zugang zu den Interviewpartner\_innen gewährleistet. Die Jugendlichen bestimmten mit ihren Erzählungen den Verlauf des Gesprächs. Weiterhin nutzte ich die Möglichkeit eines sehr kurzen Fragebogens, um eine Frage-Antwort-Situation zu vermeiden. Dieser erfasste vor Beginn des Interviews grundsätzliche Daten, wie Alter, Anzahl von Klinikaufhalten oder die Wohndauer in der Jugendhilfeeinrichtung.

Für den gesamten Forschungsablauf gilt drittens das Prinzip der *Prozessorientierung*. Dies beinhaltet eine Sensibilität in der Kommunikation und die Verantwortung der/ des Interviewenden eine geschützte und vertrauenswürdige Atmosphäre zu schaffen, in welcher die/ der Interviewte die eigene Problemsicht frei entfalten kann und möchte (vgl. Witzel, 2000: Abs.4). Ich war bemüht mich akzeptierend, wertschätzend und feinfühlig auf das einzulassen, was mir mein Gegenüber anbot. Auch bei der Auswertung ist ein reflexives, vorsichtiges und auch kritisches Abwägen mit gegebenen Theorien und den erhobenen Daten vonnöten (vgl. Gahleitner, 2005: 44).

### 6.1.2 Instrumente des PZI

Einige Instrumente sollen die Durchführung des PZI konkretisieren und stützen. Vorüberlegungen zur Auswahl der Untersuchungsteilnehmer\_innen – das *Theoretische Sampling* – sind dabei erforderlich (vgl. Gahleitner, 2005: 45). Die Zielgruppe der Untersuchung stellen, anknüpfend an meine Fragestellung, Jugendliche dar, welche Erfahrungen an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Psychiatrie gesammelt haben. Dazu befragte ich drei junge Erwachsene unterschiedlichen Geschlechts – Rebecca (21), Lui (19) und Anne<sup>25</sup> (18), welche in einer Jugendhilfeeinrichtung - einer Therapeutischen Wohngemeinschaft (TWG) - gelebt haben und unterschiedlich oft Patient\_in in einer psychiatrischen Klinik waren. Alle leben aktuell nicht mehr in der TWG. Dies war mir deswegen wichtig, damit die jungen Menschen die Möglichkeit haben mit einem gewissen Abstand von der Zeit zu erzählen. Außerdem ergibt sich daraus die Chance Erlebtes zu reflektieren und einen Verstehensprozess eventuell anzuregen. Die zeitlichen Perspektiven sollen sowohl in der Datenerhebung, als auch in der Auswertung von mir Beachtung finden.

In Vorbereitung auf die Interviews habe ich einen so genannten *Leitfaden* erstellt (siehe Anhang). Dieser beinhaltet Frageideen zur Einleitung einzelner Themenfelder, welche fortwährend einen großen Spielraum zur Beantwortung gewährleisten (vgl. Witzel, 2000: Abs 8). Er soll zur Orientierung für die Befragung dienen. Außerdem erleichtert dieser die Vergleichbarkeit der Interviews im Auswertungsprozess. Witzel vergleicht den Leitfaden mit einer „Hintergrundfolie, die zur Kontrolle dient, inwieweit seine einzelnen Elemente im Laufe des Gesprächs behandelt worden sind.“ (ebd.). Zur Eröffnung des Interviews stellte ich eine offene Eingangsfrage, welche den jungen Menschen ermöglichte selbst zu wählen, wo, wann oder wie sie anfangen. Mit der Technik des narrativen Nachfragens konnte ich auf das Gesagte näher eingehen. Lediglich gen Ende der Befragung griff ich individuell auf einige Leitfadenfragen zurück, um weniger besprochene Felder noch einmal zielgerichtet aufzugreifen. Zum Abschluss des Gesprächs stellte ich den Jugendlichen eine standardisierte Ad- hoc- Frage: Stell dir vor, du triffst jemanden, der ganz am Anfang davon steht: was würdest du ihm raten?

Um mich voll auf mein Gegenüber einlassen zu können und auch nonverbale Prozesse besser beobachten zu können, wurde die Befragung mit dem Einverständnis der Befragten von einem *Tonträger* digital aufgezeichnet.

Des Weiteren erfolgte mit der Aufzeichnung anschließend die vollständige *Transkription*, welche später als Grundlage zur Analyse dient (vgl. Gahleitner, 2005: 48). Die

Verschriftlichung des Gesagten erfolgt mit großer Genauigkeit. Hierbei werden auch paralinguistische Momente, wie beispielsweise lange Pausen, leises Sprechen, starke Betonungen, etc. festgehalten:

(.)	Kurze Pause
(5)	Lange Pause in Sekunden
!	Starke Betonung am Satzende
?	Frage/Frageintonation
(lachen), (seufzt), etc.	Charakterisierung non- verbaler Vorgänge
((Geräusche))	Unterbrechungen durch interviewunabhängige Vorgänge
<b>Fett markiert</b>	Erhobene Stimme/ starke Betonung
<i>Kursiv markiert</i>	Leiser werdende Stimme
LAUT	lauter werdenden Stimme
<u>unterstrichen</u>	Schnelles Sprechen
-	Aussage ist noch nicht beendet
''	Indirekte Rede bzw. Gefühlsäußerungen in den Aussagen

Der Prozess des Transkribierens stellte für mich bereits einen anfänglichen Teil des Auswertungsprozesses dar, da ich hier schon erste Ideen, Auffälligkeiten und Hypothesen sammeln konnte.

Als ergänzendes Instrument versteht Witzel außerdem die Anfertigung von *Postskripten*. Diese sollten möglichst zeitnah zu dem Interview angefertigt werden und skizzieren die Rahmenbedingungen des Interviews, interviewrelevante Ereignisse, nonverbale Aspekte, Auffälligkeiten zur Gesprächssituation, sowie erste Interpretationsideen, welche im Transkript maximal unzureichend erkennbar sind (vgl. Witzel, 2000, Abs. 9). Für mich erfüllte das Erstellen der Postskripte weiterhin die Funktion, die Eindrücke nach den Interviews besser verarbeiten zu können und diese nach dem Führen der Gespräche vorerst abzurunden. Die ausführlichen Postskripte zu den Interviews befinden sich auf Grund des begrenzten Rahmens im Anhang.

## 6.2 Gestaltung und Durchführung der Interviews

Um einen angemessenen Einblick in die Thematik gewährleisten zu können, entschied ich mich für den Rahmen meiner Bachelor Arbeit für die Durchführung von drei Interviews. Die Auswahl der möglichen Interviewpartner\_innen fiel auf einen jungen Mann, den ich

<sup>25</sup> Die Namen wurden aus ethischen und datenschutzrechtlichen Gründen verändert.

während meiner Arbeit in der TWG kennen gelernt habe und weiterhin auf zwei junge Frauen, mit denen mich eine befreundete Sozialarbeiterin bekannt gemacht hatte. Alle Jugendlichen sagten ohne spürbaren Zweifel der Teilnahme am Interview zu. Nachdem wir uns telefonisch über das Thema der Befragung und die Rahmenbedingungen verständigt hatten, konnten wir problemlos Termine vereinbaren. Die Interviews fanden an jeweils unterschiedlichen Orten statt und erwiesen sich nach meinem Empfinden als sehr angenehm. Die Dauer der Interviews lag zwischen einer und zwei Stunden und ich war gerührt von der Bereitschaft der Jugendlichen mir von so vielen Erfahrungen zu berichten. Überraschend für mich hierbei war, dass Rebecca und Anne, welche mich zuvor noch nie gesehen hatten, mir sehr ausführlich und tiefgehend ihr Erleben schilderten. Vergleichsweise zurückhaltend erzählte Lui, obwohl diesem Gespräch eine gewisse Vertrauensbasis zu Grunde lag. Da ich einen Teil seiner Erlebnisgeschichte kannte, nahm ich meiner Erklärung zu Folge einen indirekten Einfluss auf seine Ausführungen. Schlussfolgernd stellt sich so eine Neutralität zwischen Interviewerin und Interviewter/m für mich als förderlich für die Forschung dar.

Vor der Durchführung konnten sich die Befragten einen Namen für die eigene Anonymisierung auswählen, was ihnen Spaß bereitete. Außerdem stellte ich die Möglichkeit zur Verfügung die transkribierten Interviews zu erhalten, welche alle drei Jugendlichen annahmen.

### 6.3 Die qualitative Inhaltsanalyse

Bei der Auswertung der Interviews entschied ich mich für die Technik der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring. Das Ziel dieser Technik ist es, mittels eines methodisch kontrollierten Auswertungsverfahrens, „soziale Realität“ anhand von protokolliertem Kommunikationsmaterial zu erheben (Gahleitner, 2005: 53). Dabei finden sowohl induktive, als auch deduktive Arbeitsschritte Platz, wodurch starre Grenzen zwischen qualitativer und quantitativer Forschung aufgebrochen und überwunden werden. Hierzu beschreibt Mayring den Auswertungsprozess wie folgt: „Von der Qualität zur Quantität und wieder zur Qualität“ (vgl. Mayring, 2008: 19). Das Material wird systematisch analysiert, zerlegt und bearbeitet. Als Basis dafür dient ein theoriegeleitet, am Material entwickeltes Kategoriensystem, welches die Punkte festlegt, die herausgearbeitet werden sollen (vgl. Mayring, 2002: 114). Mayring unterscheidet bei der qualitativen Inhaltsanalyse zwischen drei Grundformen. Der Auswertungsablauf in meiner Arbeit orientiert sich hauptsächlich an der Form der *strukturierenden Inhaltsanalyse*, welche das Ziel verfolgt, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern (ebd.: 118).

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen theoretisch erklärt und durch die Beschreibung der praktischen Umsetzung konkretisiert. Danach werden die Grenzen der Methode kurz kritisch betrachtet.

### 6.3.1 Methodisches Vorgehen und die Umsetzung

Zu Beginn der Forschung stellt sich die Frage, *was* untersucht werden soll, wobei bisheriges Wissen zum Thema dessen Beantwortung beeinflusst. Die Erarbeitung von Kategorien ist hierbei für die Untersuchung des Materials von zentraler Bedeutung. Richtungweisend für die Kategorienbildung waren zum einen die Fragen aus dem Leitfaden, welche bereits theoretische Vorannahmen implizieren. Hier sah ich zum Beispiel die Themen „Psychiatrie“ und „Jugendhilfeeinrichtung“ bereits im Vorhinein als gegeben an. Zum anderen entwickelten sich relevante Aspekte aus dem Material heraus (vgl. Mayring, 2000: Abs.10), beispielsweise entwickelte sich die Kategorie zur Analyse der Helfelandschaft mit der anfänglichen Bearbeitung des ersten Interviews. An dieser Stelle kam es zur weiteren Prüfung des Systems am Material, was zu einem mehrfachen Überdenken und Überarbeiten führte. Schlussendlich ergaben sich in meiner Untersuchung folgende Kategorien, welche dem Gesagten ein angemessenes Forum versprechen sollen:

<p><b>1. Psychiatrie</b></p> <p>1.1. Mitpatient_innen</p> <p>1.2. Betreuung/ Professionelle</p> <p>1.3. Alltag/ Struktur</p> <p>1.4. Therapie</p> <p><b>2. Jugendhilfeeinrichtung – TWG</b></p> <p>2.1. Übergang</p> <p>2.2. Betreuung/ Professionelle</p> <p>2.3. Schwierigkeiten/ Herausforderungen</p> <p>2.3. Positives/ Chancen im TWG- Leben</p> <p><b>3. Struktur der Helfelandschaft</b></p> <p>3.1. Jugendamt</p> <p>3.2. Hindernisse im Hilfeverlauf</p> <p>3.3. Vergleich Jugendhilfe/ Psychiatrie</p> <p>3.4. Vor- und Nachteile von Kooperation</p>	<p><b>4. Beteiligungsmöglichkeiten / Partizipation im Hilfeprozess</b></p> <p>4.1. Interessenkonflikte</p> <p>4.2. Mitbestimmung/ Fremdbestimmung</p> <p><b>5. Persönliche Bedeutung der Hilfeerfahrung</b></p> <p>5.1. Identität/ Selbstbild</p> <p>5.2. Umgang mit der psychiatrischen Belastung</p> <p>5.3. Akzeptanz/ Ausgrenzungserfahrungen</p>
--	---

Die Unterkategorien wurden induktiv aus dem Datenmaterial entwickelt und unterscheiden sich so explizit auch individuell in den einzelnen Interviews. Dies erlaubt eine differenziertere Auswertung der einzelnen Aussagen.

Der folgende Arbeitsschritt des Materialdurchgangs erwartet zunächst das mehrfache Lesen des Interviews und die Kennzeichnung der Textstellen im Material, welche die Kategorien thematisieren (vgl. Mayring, 2002: 120). Die Zitate habe ich verschiedenfarbig gekennzeichnet. Anschließend werden die gekennzeichneten Aussagen als so genannte Ankerbeispiele gesammelt, sortiert und bearbeitet. Ich bin mir bewusst, dass diese Schritte bereits als Interpretation zu bewerten sind, da die Zuordnung zu den einzelnen Kategorien auf meiner persönlichen Interpretation des Materials beruht.

In der Ergebnisaufbereitung beginne ich mit einer kurzen Darstellung der einzelnen Hilfeverläufe. Dies soll nicht nur einen ersten Überblick geben, sondern helfen die Aussagen der Jugendlichen später klarer in den Kontext des Erlebten und in den Kommunikationsprozess zu betten (vgl. Mayring, 2008: 42). Bei der weiteren Einzelfalldarstellung werden die Textbestandteile in den Kodiereinheiten paraphrasiert. Einzelne Ankerbeispiele werden ebenso angeführt. Die Darstellung richtet sich so nah an dem Gesagten und vermeidet eine realitätsferne Interpretation.

Die Inhalte aller Interviews in den einzelnen Komplexen werden nun miteinander verglichen. Nach dem Vergleich der Hilfeverläufe und der Ermittlung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden können die empirischen Ergebnisse mit dem theoretisch aufgearbeiteten Wissen in Bezug gesetzt und diskutiert werden. Dabei werden Hypothesen gebildet, welche schließlich Rückschlüsse für die sozialarbeiterische Praxis erlauben.

### 6.3.2 Grenzen der Methode

Zwar weist die Methode die Stärke auf auch sehr ausführliches Datenmaterial methodisch kontrolliert zu analysieren, jedoch stößt sie hier gleichsam an ihre Grenzen. So erkennt auch Mayring (2000) eine erhebliche Einschränkung durch die Kategorienbildung beispielsweise bei der Beantwortung von sehr offenen, explorativen Fragestellungen (vgl. ebd.: Abs. 27). Der Vorteil der Strukturierung auf der einen Seite birgt den Nachteil auf der Kehrseite, das Gesagte zu schubladisieren und das Erzählte mit einer Struktur zu maskieren, die dem/der Interviewten nicht gerecht wird. Ob die Methode also tatsächlich die soziale Wirklichkeit darstellen kann, bleibt somit fraglich (Gahleitner, 2005: 62).

Des Weiteren bedauerte ich teilweise die Einschränkung bezüglich der Auswertung von nonverbalen Elementen oder Erzählstrukturen. Ich denke, dass die Frage *wie* das Erlebte



individuell präsentiert wird, für den Verstehensprozess in der Auswertung eine weitere Rolle spielen kann.

Zuletzt muss methodenunabhängig kritisch beachtet werden, dass das Ergebnis, trotz Regelgeleitetheit, stets einer Verfärbung durch die eigene Perspektive der/des Forschenden unterliegen kann.

## 7 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die Befragten im Rahmen ihrer Hilfeerfahrungen vorgestellt. Dabei werden zunächst die formalen Hilfefade skizziert. Die spezifischen Erinnerungen und Bedeutungen bezüglich der Schwerpunkte Psychiatrie, Jugendhilfeeinrichtung, HilfELandschaft und Beteiligungsmöglichkeiten werden schließlich aufgezeigt.

Während der Diskussion des empirischen und theoretischen Materials entschloss ich mich nach langer Überlegung die Aussagen von Lui nicht in die Arbeit einzubinden. Die Schwerpunkte Lui's waren wenig „kompatibel“ mit den Schwerpunkten, die ich mich während des Forschungsprozesses zu setzen entschloss. Um seinen Aussagen gerecht werden zu können, hätte es einer Erweiterung der Themenschwerpunkte in dieser Arbeit bedurft, was in diesem Rahmen jedoch nicht möglich war. Das Interview und das Postskriptum sind trotzdem im Anhang zu finden, da schließlich auch seine Worte meine Forschung begleiteten.

Allen drei Jugendlichen sei an dieser Stelle ein besonderer Dank für ihre Bereitschaft zur Durchführung der Interviews und für die Offenheit, mit der sie mir von ihren persönlichen Erfahrungen erzählt haben, gewidmet.

In der Zusammenfassung der Interviews und mit der Verwendung von Zitaten bleiben zentrale Betonungen, besondere Pausen und andere paralinguistische Merkmale im Original erhalten und unverändert übernommen (vgl. Sonderzeichenerklärung im Anhang).

### 7.1 Rebecca

*„Die Psyche hat nun mal, also brauch' eine andere Zeit, bei einem Beinbruch ist das so, nach sechs Wochen ist der wieder in **Ordnung**, aber (.) bei mir **geht** das halt nicht, und dann sagt man aber zu mir 'Ja, aber das **muss** jetzt sein!'“  
(1250ff.)*

Rebecca ist 21 Jahre alt. Bei unserem Interview begegnet sie mir als aufgeschlossene junge Frau, welche mir offen und mit einem hohen Maß an Reflexionsfähigkeit von ihren

Erfahrungen mit Psychiatrie und Jugendhilfe berichtet. Im Folgenden wird der Hilfeverlauf kurz dargestellt.

Mit 16 Jahren erlebte Rebecca ihren ersten Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik. *„Ich wusste damals nicht, was eine **Psychiatrie** ist und bin dort rein gekommen und wurde ziemlich verarscht, meiner Meinung nach.“* (78f.) Den folgenden Zeitraum von etwa einem Jahr verbrachte sie abwechselnd bei ihrer Mutter und in der Klinik. Die Aufenthalte waren dabei in Dauer und Gestaltung unterschiedlich geprägt. *„Beim dritten Mal bin ich zur Therapie dort gewesen.“* (112). Die Entscheidung aus der Wohnung der Mutter auszuziehen, fiel ihr sehr schwer, so Rebecca. In dieser Zeit wechselte der Aufenthaltsort häufig zwischen dem Zuhause und der Klinik, wo sie bis dato circa sechsmal Patientin war (vgl. 121).

Nach einem Suizidversuch entschloss sie sich dann für einen anderen Wohnort, insofern, als dass sie übergangsweise eine Clearingstelle aufsuchte, bevor sie dann mit 17 Jahren in eine Therapeutische Wohngemeinschaft umzog. Die Therapie, die sie zuvor stationär begonnen hatte, setzte sie hier fort. Einmal war sie in dieser Zeit in der Klinik.

Nach circa zwei Jahren in der TWG war der Fortlauf der Hilfebewilligung unsicher: *„Es war zwischenzeitlich sehr schwer dort, weil das Jugendamt gesagt hat, so ich muss jetzt raus“* (180f.). Nach einer Verlängerung der Hilfe um ein weiteres Jahr zog Rebecca in eine Einrichtung mit einem weniger hohen Betreuungsaufwand. Dort verbrachte sie jedoch nur einen Tag; eine Einweisung in die psychiatrische Klinik folgte (vgl. 261ff.). Kurze Zeit später unternahm Rebecca einen zweiten Suizidversuch. Nachdem mit der Einrichtung keine geeignete Lösung gefunden wurde, kam sie kurzzeitig in ein Krisenhaus. In einer darauf folgenden Hilfekonferenz formulierte die junge Frau ihre Wünsche. *„Ich hab gesagt ‘ich möchte eine Einrichtung mit 24 Stunden Betreuung, das ist wichtig. Das muss therapeutisch sein!’ und das einzige was -, war entweder außerhalb von Berlin, das wollte ich nicht oder, die Einrichtung, wo ich jetzt bin“* (286ff.).

## **Psychiatrie**

Rebecca erinnert sich zunächst an ihre anfänglichen Vorstellungen bezüglich einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik als sie das erste Mal vor dieser stand: *„Das ist schon gruselig, wenn man irgendwie hört, also man geht jetzt irgendwie in die Psychiatrie und dann ist man da mit anderen **Bekloppten** und man darf nicht raus“* (354ff.). Dem fügte sie jedoch schnell hinzu, dass sie in der Klinik auch *„gute Erfahrungen“* (83) sammeln konnte.

Den Alltag kennzeichnet Rebecca als *„gut strukturiert“* und spricht dabei von vielen Gruppen- und Therapieangeboten, obligatorischen Gruppenunternehmungen und *„wenig,*

wenig Freizeit“ (93). Die Regulierungen innerhalb des Klinikalltags empfand Rebecca als einschränkend: „*nur fünf Zigaretten am Tag, so das war ja das, was ich ganz schlimm fand und feste Zeiten, wo man ins Bett zu gehen hat und wo man im Zimmer zu sein hat.*“ (357f.).

Mit den Mitarbeiter\_innen der Klinik hat Rebecca sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht und trifft demnach auch differenzierte Bewertungen. Als wenig hilfreich beschreibt sie beispielsweise den Kontakt zu einer Therapeutin, bei welcher sie zeitweise den Eindruck gewann, dass diese Rebecca nicht zuhört. Außerdem wirkte die Therapeutin sehr unsicher, so die Interviewte (vgl. 560f.). Weiterhin erinnert sich die junge Frau an eine Situation, in welcher sie verschiedene Reaktionen auf ihr Verhalten vonseiten der Professionellen sowohl positiv als auch negativ einschätzte. Einst beschloss sie, ohne Abstimmung mit einer/m Verantwortlichen der Klinik selbige zu verlassen, woraufhin sie von einem Betreuer gewaltsam zurückgeholt wurde: „*in dem Moment hab´ ich richtig Panik gekriegt einfach, dass ein Mann mich einfängt und mich festhält und mich nicht mehr loslässt.*“ (420f.). Sie versuchte sich zu wehren, weswegen die Betreuer sie am Bett fixieren wollten. Für Rebecca wurde die angespannte Situation schließlich von der Oberärztin<sup>26</sup> entschärft, indem diese alle Beteiligten des Zimmers verwies und Rebecca in den Arm nahm „*und das hat so geholfen und das war richtig gut gewesen und das ist dann auch -, die ist ganz lange bei mir geblieben.*“ (439f.). Auch der weitere Kontakt mit der Oberärztin erwies sich für Rebecca als sehr wertvoll, wobei sie ihre Geduld und Ausdauer besonders betont (vgl. 369ff.). Bei den Terminen erläuterte die Oberärztin Rebecca beispielsweise bestimmte Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Dissoziationen: „*das hat sie mir dann auch alles erklärt und dann -, also ja, sie war echt toll!*“ (623f.). Außerdem hebt Rebecca positiv hervor, dass ihr keine Vorwürfe gemacht wurden, wenn sie sich selbst verletzte. Die Betreuenden, so beurteilt sie hierzu, „*sind da auch professionell mit umgegangen*“ (375f.) und haben ihr geholfen einen besseren Umgang damit zu finden.

Während des Entscheidungsprozesses von zu Hause auszuziehen, suchte Rebecca vermehrt die Klinik auf: „*bin ich dann wieder rein. Hab dann wieder Diagnosen gestellt bekommen.*“ (110f.). Schließlich konfrontierte die Oberärztin sie mit der Notwendigkeit einer verändernden Entscheidung „*Sie hat mir dann die Pistole auf die Brust gesetzt von wegen entweder ich bleib´ zu Hause und werde sterben oder (.) werde ausziehen (.) und werde mein Leben beginnen. (3) Das hat mich schon ziemlich Überwindung gekostet, das zu machen. Ich hab´ es dann geschafft.*“ (125ff.).

---

<sup>26</sup> Die Oberärztin war später gleichzeitig die Therapeutin von Rebecca.

## Jugendhilfeeinrichtung

Die Entscheidung von zu Hause auszuziehen war für Rebecca verbunden mit Loyalitätskonflikten gegenüber ihrer Mutter: *„Oh, das war, das war schwer, weil ich das letzte Kind war [...] und (2) ich habe mich immer um meine Mama gekümmert, einfach, wenn es der nicht gut ging und die war auch krank und das war alles so ‘Nein, ich kann das nicht und ich kann ihr das nicht antun.’“* (647ff.). Von betreuenden Personen des Jugendamts und der Klinik wurde ihr die Empfehlung mehrfach erklärt. Rückblickend wünscht sich Rebecca an dieser Stelle, dass man ihr mehr Verantwortung bei der Entscheidung hätte abnehmen können. Sie fand es schade, *„dass das Jugendamt nicht gesagt hat ‘Ja, und es muss sein. Also, wenn dann holen wir dich mit gerichtlichem Beschluss raus’“* (690f.).

Einerseits stellte der Umzug in die WG für Rebecca eine große Herausforderung dar: *„Auf einmal hab´ ich mit fünf Mädchen zusammengewohnt [...] es war ja komplett anders für mich“* (149f.). Anders war auch der offensive Umgang der Mitarbeitenden mit ihrer Vergangenheit und ihrer Symptomatik: *„die sind da einfach ganz anders mit umgegangen, nicht so vorsichtig, einfach gerade raus, was dann schon (.) auch schockierend war und ungewohnt.“* (905f.). Weder aus der Familie noch aus der Klinik kannte sie diesen offenen Umgang mit persönlichen Problematiken (vgl. 915ff.). Auf der anderen Seite bezeichnet sie den Umzug in die TWG für sich als *„die Chance und es war weit weg von zu Hause und das war komplett anders alles.“* (863). In der Anfangszeit fühlte sie sich zwar sofort *„integriert“*, was sie jedoch anfangs überforderte (vgl. 946ff.). So berichtet sie, dass sie sich zunächst viel zurückzog und *„kaum Kontakt hatte zu den Leuten (5). So ging das auf jeden Fall ganz, ganz lange“* (966f.).

Schwierigkeiten hatte sie zu Beginn auch *„mit den Störungen der Mädchen, die die hatten (2) und den Aggressionen, die dort herrschen“* (153f.). Anfangs zweifelte sie deshalb, ob es für sie überhaupt möglich ist weiter in der WG wohnen zu können und fügt diesem Gedanken hinzu: *„Aber ich wusste ja dann auch nicht, wo ich hin sollte, deswegen habe ich da so ein bisschen gezögert, weil ich das ja trotzdem noch -, weil ich dachte ja so ‘Ja, die TWG kann mir ja auch helfen.’“* (956ff.). Rebecca entsinnt sich weiter besonders einer Situation, in welcher sie ungewollt Beteiligte in der Krise einer Mitbewohnerin wurde: *„mir war das einfach zu viel, weil die immer alles an mi -, an mir abgelassen hat so und alles mir gesagt hat“* (1025f.). Sie reflektiert, dass sie eine *„Rolle“* einnahm, die sie nicht einnehmen wollte (vgl. 1007) und stellt rückblickend die rhetorische Frage *„Wozu sind Betreuer da?“* (1046). Von der diensthabenden Betreuerin hätte sie sich in diesem Moment gewünscht, *„dass sie da einfach mal durchgreift.“* (1054).

Unzufrieden war Rebecca zeitweise mit dem Wechsel ihrer Bezugsbetreuerin, wobei sie den Eindruck hatte, dass die neue Betreuerin mit ihr überfordert war (vgl. 1295ff.). Rebecca vermied den Kontakt und ergänzt weiterhin: *„ich wollte mit der auch eigentlich nichts zu tun haben“* (1304). In Krisensituationen, so erinnert sich Rebecca, stellten die Betreuenden zeitweise unpassende Ansprechpersonen für sie dar: *„Ich glaube das hätte mir damals auch geholfen, wenn da einfach jemand sitzt und mir das mal - also jemand, der es wirklich auch erlebt hat! Der weiß wovon er redet und nicht irgendeine Betreuer“* (1587ff.)

Entlastend empfand Rebecca die Tätigkeit der Betreuenden vor allem dann, wenn diese geduldig waren. Zum Beispiel erzählt sie von einer Krisensituation, in der eine Betreuerin nachts mehrere Stunden bei ihr blieb *„da habe ich mich aufgefangen gefühlt [...] und das (.) tat schon gut.“* (1331ff.).

Insgesamt setzt Rebecca die WG mit einer großen Familie gleich, welche sie vor allem mit Stabilität und Halt gebenden Strukturen, wie zusammen einkaufen, gemeinsames Fernsehen, Essen, etc. (vgl. 1312ff.), verbindet. Sie assoziiert weiter: *„Ja, war schon super dort, auch, wenn man da Freunde gefunden hat, dann - (4), mit denen auch viel Zeit verbracht hat.“* (1106ff.).

### **Struktur der Helfelandschaft**

Die Strukturen innerhalb des Hilfesystems werden in den Erzählungen Rebeccas häufig thematisiert. Besonders erwähnt sie dabei das Jugendamt und dessen Betreuer\_innen. Über den Kontakt zu letzteren berichtet sie häufiger von für sie unangemessenen Reaktionen. Beispielsweise erzählt sie von einem Gespräch mit der Jugendamtsbearbeiterin, in dem sie ihr erzählt hat: *„‘Ich hab’ ein Alkoholproblem und ich trinke sehr viel’ und sie so ‘Was und das jetzt auch noch oder wie?’ Oh, das war schon **heftig**.“* (712f.).

Die junge Frau schildert mehrfache Wechsel ihrer Jugendamtsbetreuer\_innen als eine weitere Problematik. Dies war deshalb bedeutend, weil sie Rebecca erstens nicht kannten und zweitens, weil unterschiedliche Personen auch unterschiedliche Meinungen und Arbeitsweisen vertraten. Somit waren Entscheidungen den Hilfeverlauf betreffend wenig konstant und Rebecca wurde häufig vor Veränderungen gestellt (vgl. 192ff.). Zeitweise bedeutete ein erneuter Wechsel für sie jedoch auch einen Vorteil, da ihr dann die Hilfemaßnahme in der TWG weiter bewilligt wurde: *„dann hatte ich einen Mann gehabt, der gesagt hat, er wird das nicht befürworten [...] Und dann hatte ich zufällig **wieder** eine andere Betreuerin gekriegt, wo es eigentlich schon die ganze Zeit hieß ‘Ja, was mach ich*

*dann jetzt, was mach ich dann jetzt? und soll ich jetzt ausziehen oder **nicht** [...] und die meinte 'Ja, ok, es wird ein Jahr finanziert'“ (194ff.).*

Nicht nur im Jugendamt erlebte Rebecca dieses Phänomen: *„Es gab oft Wechsel in der TWG mit Betreuern und Therapeuten“* (205f.). Teilweise hatte dies zur Folge, dass sie selbst die Abläufe und Strukturen innerhalb der WG besser kannte als manche Betreuenden: *„Ich musste ganz viel zeigen und so und 'So läuft das hier ab'. Das hat so eine Unruhe einfach reingebracht“* (1281f.). Sie schildert hierzu die für sie unangemessene Situation, in der Rebecca ihre neue Bezugsbetreuerin bekommen sollte und in Vorbereitung darauf zu ihr gesagt wurde *„Weißt du, naja, du kriegst sie jetzt als Bezugsbetreuerin und die weiß halt noch nicht so und zeig' ihr mal ein bisschen was, und erklär' ihr mal ein bisschen was. und ich dachte mir nur so 'Ey, was ist das denn jetzt hier?'“* (1291ff.). Als Folge dieser diskontinuierlichen Betreuung reflektiert Rebecca in dieser Zeit wenig Halt gehabt zu haben (1283). Hinzu kam, dass sich auch die Wohnkonstellation unter den Mädchen durch Aus- und Einzüge häufig veränderte, was laut Rebecca *„auch sehr viel Unruhe reinbringt, wenn da keine feste Gruppe ist.“* (207f.).

Die Betreuer\_innen des Jugendamtes bewilligten die TWG als betreute Wohnform zunächst nicht sofort: *„Das Jugendamt wollte nicht, dass ich in die WG ziehe, weil das sehr teuer ist“* (133). Über den weiteren Verlauf ergänzt Rebecca: *„und sie meinten, nur wenn ich einen ganz guten Grund habe, dann kann ich mich noch andere Einrichtungen angucken. (2) Ich hatte ja gute Gründe (lacht).“* (850ff.). Vonseiten der Klinik wurde dies bereits prognostiziert, so erzählt Rebecca: *„man hatte mich schon darauf vorbereitet in der Klinik, dass wir das auch nicht so an sich vorschlagen dürfen, dass wir -, dass ich gerne in die TWG möchte und dass wir die sozusagen dahin führen müssen“* (838ff.).

Die Unsicherheit betreffend der Bewilligung der Hilfe wiederholte sich im weiteren Verlauf. Mit ihrem 18. Geburtstag wurde für Rebecca ein steigender Erwartungsdruck seitens des Jugendamts spürbar (vgl. 1248). Das Gefühl, dass sie *„von der Gesellschaft nicht so akzeptiert“* (1253) wird, spiegelte sich, so Rebecca, ebenso in den Reaktionen des Jugendamts wieder (vgl. 1256ff.), indem ihr nicht die Zeit in der TWG gewährt wurde, die sie für sich benötigt hätte. So erinnert sich Rebecca an einen Betreuer beim Jugendamt: *„dass er [...] auch gar nicht verstanden hat, dass bei [...] jungen Erwachsenen, die eine Beeinträchtigung haben, dass das halt nicht so geht mit diesem, halt so in die Welt rauslassen und dem Verselbstständigen, das geht halt nicht (2) und das hat er nicht verstanden.“* (1415ff.).

Hinsichtlich der Frage nach der Bewilligung der Hilfe waren mehrere Institutionen verwickelt: das Jugendamt, der Sozialpsychiatrische Dienst (SPD) und das Sozialamt,

wobei alle Beteiligten unterschiedliche Standpunkte vertraten, welche miteinander kollidierten (vgl. 196ff.). Rebecca kennzeichnete das Hin und Her der Institutionen als sehr anstrengend (vgl. 241ff.). Auch die Hilfe innerhalb der TWG wurde von der Unsicherheit über den weiteren Verlauf beeinflusst: *„weil das auch immer so unsicher war: darf ich noch ein halbes Jahr bleiben oder nicht, konnten wir **nie** einsteigen irgendwie in der Therapie“* (1243ff.). Grundlegend assoziiert sie zu der Zeit: *„ich [habe] das Gefühl gehabt ich werde nicht GESEHEN und das war mir wichtig und das habe ich auch immer wieder versucht zu äußern“* (1387ff.). Die Unbeständigkeit des Hilfeverlaufs setzte sich auch mit dem, recht plötzlichen, Auszug aus der TWG fort. Die Folgeeinrichtung erwies sich für sie als unpassend: *„es war natürlich auch was ganz anderes, also es war keiner mehr dort im Haus gewesen und ich wurde auf einmal mit Sie angesprochen und mit dem Nachnamen [...] und ich hab mich sehr **unwohl** da gefühlt, die Einrichtung an sich war auch grauenhaft.“* (252ff.). Nach einem Tag wurde Rebecca in die Klinik *„eingewiesen“*. Kurze Zeit später unternahm sie einen zweiten Suizidversuch (266).

Auf die Frage, ob Klinik und WG miteinander kommuniziert haben, verneint die junge Frau zunächst klar. Später jedoch erzählt sie von einer zeitweise starken Kommunikation *„das hat mir nicht gefallen“* (1480). Dies begründet sie damit, dass sie selbst zu diesem Zeitpunkt nicht in Entscheidungen einbezogen wurde (ebd.). Jedoch überlegt sie weiter, dass ein gegenseitiger Austausch in anderen Situationen auch einen Vorteil für sie hätte darstellen können (vgl. 1481f.).

### **Beteiligungsmöglichkeiten**

Als eine der ersten Erinnerungen bezüglich der Klinikaufenthalte beschreibt Rebecca im Interview nicht über den genauen Ort und Umstände informiert worden zu sein: *„Die Ärztin meinte ich soll in die Klinik gehen und -. Ja als ich dann da war, hieß es, das ist eine Psychiatrie und ich wollte dann auch gar nicht mehr hin“* (79ff.). Sie hätte sich gewünscht, dass man ihr sagt, *„was da passiert und dass das gar nicht so ist, wie [sie sich] das vorstelle“* (353). Während der Aufenthalte in der Klinik gab es Momente, in denen ihr Wille zunächst kaum beachtet wurde. Beispielsweise sollte sie ohne ihre Einwilligung an Qigong<sup>27</sup> teilnehmen: *„ja die haben halt immer gesagt, ich sollte das machen, weil es mir gut tut.“* (522). Auf die interne Nachfrage, ob dies denn so gewesen wäre, antwortet sie: *„Nein, das tat mir überhaupt nicht gut. [...] Aber die brauchten halt so ein richtigen*

---

<sup>27</sup> Qigong ist eine chinesische Meditations-, Konzentrations- und Bewegungsform, welche als Therapieangebot auch in manchen psychiatrischen Kliniken zu finden ist.

*Zusammenbruch, um zu sehen ´ok, das ist dann doch nicht das Wahre“ (526ff.). Die Frage nach Mitgestaltungsmöglichkeiten innerhalb der Klinik verneint Rebecca und fügt hinzu, dass ihr dort eher viel Verantwortung abgenommen wurde (1496ff.).*

Anders erlebte sie dies in der Jugendhilfe. Über die Hilfekonferenzen erzählt sie: *„Es wurde immer gefragt was **mein** Ziel ist, was **mein** Wunsch ist und dann natürlich auch, wie die WG darüber denkt, aber ich stand **dort** immer im Mittelpunkt“ (1493ff.).* Gefragt zu werden, ist für Rebecca sehr wichtig, um zu merken, dass es auch um sie geht (1512f.). Zeitweise jedoch fühlte sie sich damit auch überfordert, da sie nicht wusste, ob ihre Wünsche den Erwartungen der anderen entsprechen (vgl. 1507ff.). Positiv erinnert sie sich an eine Hilfekonferenz, bei welcher ihr viele Freiräume bezüglich der Gestaltung zugebilligt wurden, beispielsweise, ob und wie viel sie reden möchte (782ff.). Hinsichtlich der letztendlichen Berücksichtigung ihrer Interessen bei den Entscheidungen fühlte sich Rebecca vom Jugendamt jedoch wenig beachtet: *„weil ich mir dachte, so die Einrichtung, **die** wäre genau das Richtige für mich, **die** würde mir helfen können und das Jugendamt hat sich da pissig und die will das eigentlich nicht bezahlen“ (848ff.).* Sie fühlte sich *„nicht wahrgenommen in [ihrem] Ganzen, mit [ihrem] ganzen Problem“ (847f.).* Als die fortlaufende Bewilligung der TWG- Maßnahme unsicher schien, wurde sie vonseiten der TWG darin bestärkt, sich gegenüber dem Jugendamt, notfalls rechtlich, durchzusetzen (vgl. 1431ff.).

Innerhalb der WG konnte sie ihre individuellen Ziele stets formulieren und bearbeiten (vgl. 1500ff.). Im alltäglichen Leben überstiegen die Erwartungen der Betreuer\_innen jedoch manchmal ihre eigenen Bedürfnisse: *„meine Betreuerin hat einfach ganz, ganz viel von mir verlangt, auch als ich schon so (.) -, als ich instabil war, denn halt immer: ich muss jetzt powern, und das **muss** jetzt gehen, also das fand ich nicht (.) **gut**, also das hat auch nicht geholfen.“ (1365ff.).* Rückblickend versteht sie, dass *„das schon aus einem guten Grund passiert und einfach, weil sie helfen wollen, weil sie denken ´Das ist das Richtige jetzt und so muss das sein“ (1542f.).*



## 7.2 Anne

*„Es gibt einfach Situationen, die ich **jetzt** meister, die ich früher nicht gemeistert habe, dafür meister ich jetzt Situationen nicht, die jetzt gerade neu sind oder so.“ (1188f.)*

Die 18- jährige Anne begrüßte mich in ihrer eigenen kleinen Wohnung, wo sie mir von ihren Erfahrungen der letzten Jahre an der Schnittstelle Jugendhilfe und Psychiatrie berichtet. Nach den eineinhalb Stunden des Interviews hinterlässt sie bei mir den Eindruck einer recht optimistischen und eigenständigen jungen Frau. Der Verlauf der Hilfe lässt sich folgendermaßen skizzieren:

Im Alter von elf Jahren fing Anne an sich selbst zu verletzen. In diesem Zusammenhang machte sie erste Erfahrungen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen ambulanter Therapien (vgl. 253f.). Mit 13 Jahren unternahm sie einen Suizidversuch, woraufhin ein stationärer Aufenthalt in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik wider ihren Willen in die Wege geleitet wurde (vgl. 62ff.). Rückblickend war sie mit ihrem ersten Klinikaufenthalt sehr zufrieden (vgl. 479). *„Dann bin ich wieder zu meinen Eltern und -, ging dann ´n halbes Jahr **gut** (.) circa und dann bin ich wieder so **abgerutscht** und dann (.) kam ich wieder in die Klinik, wieder in dieselbe Klinik“* (38ff.). Beide Klinikaufenthalte dauerten jeweils circa zwei bis drei Monate.

Dann entwickelte sich die Idee seitens der Klinik, Annes Wohnort perspektivisch in eine Therapeutische Wohngemeinschaft zu verlegen. Dies war jedoch zunächst gegen das Interesse der Jugendlichen (vgl. 548ff.). Nachdem sie sich mit der Idee auseinandergesetzt und erste Kontakte zu einer Mädchen-TWG geknüpft hatte, zog sie schließlich mit 17 Jahren in die WG ein: *„da habe ich auch sehr viel erlebt, was mir sehr viel Spaß gemacht hat“* (14f.). Während dieser Zeit erlebte sie einen weiteren stationären Aufenthalt in einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrie: *„da war ich dann auch sehr froh wieder raus zu kommen“* (763). In der TWG lebte sie insgesamt für ein Jahr. Am Ende dieser Zeit *„fing so die Phase an (.), ja mit sehr viel Scheiße bauen“* (783f.). Zuletzt war sie für fünf Tage in einer Erwachsenenpsychiatrie. Als sie diesen Aufenthalt auf eigenen Wunsch abbrach, kehrte sie nicht wieder in die WG zurück und zog zu ihrem Freund. Versuche der Eltern, der Mitarbeiterinnen der TWG und der Betreuerin beim Jugendamt sie von einer, aus ihrer Perspektive sinnvollen, fortlaufenden Hilfe zu überzeugen, scheiterten (vgl. 1022ff.). Anne entschied sich für den Abbruch der Hilfemaßnahme. Somit erlosch der Anspruch auf Jugendhilfe für die 18- Jährige. Zur Zeit des Interviews lebte sie seit zwei Wochen in ihrer eigenen, von den Eltern finanzierten, Wohnung.

## Psychiatrie

Den ersten Eindruck, den Anne von der Kinder- und Jugendpsychiatrie hatte, war: „*ganz in Ordnung, also war jetzt nichts, wo ich gesagt hab 'Oh Gott, Psychiatrie und anfesseln und keine Ahnung.*“ (123ff.). Jedoch rief die Forderung dort bleiben zu sollen in ihr Panik hervor (vgl. 92ff.). Bedenken bereiteten Anne vor allem die unvertraute Umgebung und der Fakt „*nicht zu Hause bei meinen Eltern zu sein irgendwie, wo ich mich irgendwie geschützt fühle*“ (76f.). Auch das Gefühl in der Klinik „*keine Freiheiten*“ (13) zu haben, nährten diese erheblichen Ängste. Sie versuchte sich gegen einen stationären Aufenthalt zu wehren und argumentiert rückblickend: „*ich find' es sehr schwierig für einen psychisch kranken Menschen, der in eine vollkommen fremde Umgebung gepackt wird, das auszuhalten*“ (181f.). Nachdem der Aufenthalt gegen ihren Willen beschlossen wurde, saß Anne die ersten Tage weinend auf noch „*gepackten Koffern*“ (79).

Die Mitpatient\_innen spielen für Anne in ihren Erzählungen eine umfassende Rolle. Sie gaben ihr viel Kraft (vgl. 204f.) und motivierten sie: „*Eigentlich nur dadurch bin ich dann - , hab ich dann gesagt [...] 'Ok, ich probier 's jetzt.*“ (205f.). Sie erlebte diese Menschen als sehr mitfühlend und verständnisvoll und erzählt von einer Situation, in der sie mehrere Stunden mit einem Mitpatienten geredet hatte und getröstet wurde, „*wo dann auch irgendwie (.) auch Zeit dafür war, also es war auch nicht diese Hektik, die man ja normalerweise im Alltag hat*“ (240f.). Als positiv beschreibt sie auch, zu wissen: „*da hat ja jeder irgendwas und man wusste das und das war in Ordnung dort, dort durfte das sein*“ (315f.). Außerdem erzählt sie davon, wie sie sich zusammen mit anderen Patient\_innen den Klinikregeln widersetzt hat: „*Wir haben sehr viel Scheiße gebaut [...] also gerade wenn man halt so ein bisschen eingesperrt ist, sag' ich mal, da kommt man halt auf dumme Ideen*“ (421ff.). Dabei, so Anne, verstärkte sich auch der Zusammenhalt der Gruppe (437). Neben den positiven Aspekten spricht die junge Frau gleichzeitig auch von Zeiten, in denen sich die Patient\_innen gegenseitig entmutigt haben. Sie erklärt: „*einfach, dass wenn der eine sich verletzt hatte, sich die anderen auch alle verletzt haben [...] oder einer total aggressiv war, dann die anderen natürlich auch darunter gelitten haben.*“ (452ff.). Die eigene Motivation dabei nicht zu verlieren, fiel Anne bisweilen schwer (vgl. 460ff.).

Die Betreuer\_innen in der Klinik beschreibt sie retrospektiv als „*ganz nett*“ (202), jedoch reflektiert sie, dass der Umgang mit diesen zunächst ungewohnt war und sie sich anfangs „*alles zu sehr zu Herzen genommen*“ (vgl. 338ff.) hat. Da sie die Betreuer\_innen bei ihrem zweiten Aufenthalt in derselben Klinik schon kannte, boten diese ihr einen Rückhalt: „*das hat mich einfach so bestärkt, ja da hab' ich mich dann wieder einigermaßen wohl gefühlt*“ (525f.).

Annes Erfahrungen betreffend Therapeut\_innen waren recht divergent. Zum einen erinnert sie sich an einen Therapeuten, der „*sehr von sich überzeugt*“ (365) zu sein schien, jedoch bei Anne nicht den Eindruck hinterließ, dass er (auf) die Bedürfnisse seiner Patient\_innen achtete (385), wenn er beispielsweise Therapietermine unangekündigt ausfallen ließ (vgl. 381ff.). Deswegen war es für sie schwierig, ihm von Problemen zu erzählen, erinnert sich die Interviewte (vgl. 368f.). Im Gegensatz dazu empfand Anne ihre Körpertherapeutin als „*total einfühlsam, total nett, total lieb*“ (373f.) und hebt dabei hervor, dass sie jederzeit, auch außerhalb der vereinbarten Termine, mit ihr reden konnte (vgl. 398f.).

Negative Erinnerungen hingegen verbindet Anne mit ihrem dritten Klinikbesuch, während ihrer Zeit in der TWG, bei dem sie sich sehr unwohl fühlte (vgl. 765ff.). Die Betreuenden erlebte sie als sehr respektlos, während sie zum Beispiel „*miteinander Witze über uns Mitpatienten gemacht [haben] in unserem Beisein*“ (938f.). Dies vermittelte ihr fortwährend das Gefühl: „*als ob ich die ganze Zeit stören würde*“ (935f.). Sie fühlte sich nicht ernst genommen, „*als ob ich irgendwie gar nichts alleine könnte*“ (953f.). Anne erinnert sich beispielsweise an eine Situation unter der Dusche: „*da ist kein Vorhang vor, ich steh´ da nackt und da kommt jede fünf Minuten jemand rein, nur um zu gucken, dass ich auch bloß nichts [bezogen auf selbstverletzendes Verhalten] tue*“ (985ff.).

Zuletzt war Anne, als jüngste Patientin, in der Erwachsenenpsychiatrie. Als besonders entlastend erachtete sie die geringen Einschränkungen: „*ich darf dort draußen rauchen, ich darf mich frei bewegen eigentlich, muss mich nur an- und abmelden*“ (901). Vor allem aber hatte sie das Gefühl als junge Frau ernst genommen zu werden, sodass sie sagen kann: „*sie haben mich behandelt, wie ´ne junge Frau, 18- jährige Frau, haben ganz normal mit der geredet, war total in Ordnung und (.) ja, haben mit Respekt behandelt, darum geht ´s eigentlich.*“ (964ff.).

Bereits nach fünf Tagen beschloss sie die Klinik zu verlassen, um zu ihrem Freund zu ziehen: „*[er] hat mir halt versprochen ´Ja, du kannst dann bei mir einziehen und wir werden das alles schaffen´ und bla und blub und hat mir sonst was vom Himmel erzählt UND ja, naja, wie das nun mal so ist (lacht), wie man dann verliebt ist und dann bin ich halt von da abgehauen und (überlegt) ja bin dann bei ihm eingezogen*“ (1003ff.).

### **Jugendhilfeeinrichtung**

Nicht weiter bei ihren Eltern, sondern besser in einer Therapeutischen Wohngruppe zu leben - das war die Empfehlung der Klinik während ihres zweiten Aufenthalts. Doch Anne wollte weder die Sicherheit des Elternhauses verlieren (vgl. 598f.), noch „*mit so viel Menschen*

zusammen wohnen“ (548f.). Sie war jedoch ambivalent: „*ich wollte nicht mehr bei meinen Eltern wohnen, aber hatte zu viel Panik, um das irgendwie durchzusetzen*“ (605f.). Nachdem sie bei zwei Besuchen aber eine konkretere Vorstellung von einer solchen Wohnform entwickeln konnte, hat sie „*langsam das **Positive** einfach auch daran gesehen*“ (681f.). Zum Beispiel versprach das Leben in einer WG „*mehr Freiraum*“ (578) und Spaß mit den Mitbewohner\_innen (vgl. 704). Mit dem beruhigenden Versprechen der Eltern sie, wenn nötig, wieder bei sich aufzunehmen, zog sie dann in die TWG ein (vgl. 574ff.). Ihre Gefühlslage zu diesem Zeitpunkt beschreibt die Interviewte folgendermaßen: „*es war sehr viel Unsicherheit und auch Panik dabei, aber ich hatte -, es war schon ein bisschen auch ein Gefühl von Freude dabei*“ (688f.).

In der WG wurde sie herzlich empfangen und fühlte sich in die Gemeinschaft eingebunden (vgl. 581ff.). Auf der einen Seite machte Anne in der WG sehr gute Erfahrungen. Sie fühlte sich dort „*sehr, sehr wohl*“ (860) und beschreibt das „*Zusammenspiel*“ zwischen den Bewohnerinnen nach einem halben Jahre als „*sehr, sehr schön*“ (588). Dabei erinnert sie sich an einen Moment, in dem die Gruppe gemeinsam fernsah und in welchem sie das erste Mal dachte: „*vielleicht komme ich jetzt hier langsam zu Ruhe [...] oder kann mich jetzt endlich mal wohlfühlen*“ (729f.). Auch Freundschaften sind in dieser Zeit entstanden.

Bei den Betreuer\_innen fühlte Anne sich geborgen und verstanden: „*also ich hatte ein sehr gutes Verhältnis zu allen Betreuern eigentlich. Ja. Und sind sehr herzlich alle, sehr liebevoll, klar eine oder zwei haben auch ihre, ihre Macken (lacht), aber womit man eigentlich umgehen konnte und (überlegt) hab mich sehr zu Hause gefühlt und sehr wohl gefühlt bei den Betreuern und eigentlich immer verstanden.*“ (849ff.). Schön empfand sie zum Beispiel, wenn ihr abends etwas vorgelesen wurde und sie sich dann, geborgen wie ein kleines Kind fühlen durfte (vgl. 884). Positiv erinnert sie sich auch an Situationen, in denen sie umarmt wurde und in denen sie zu spüren bekam, dass sie auch den Betreuer\_innen etwas bedeutet (vgl. 866ff.). Dieses Gefühl, bestätigte sich für sie später noch einmal bei ihrem Auszug als ihre Bezugsbetreuerin anfang zu weinen (vgl. 874ff.). „*Eigentlich wie meine Familie, war es da wirklich*“ (853), resümiert sie. Während der Zeit in der WG begann Anne außerdem eine Traumatherapie, für welche sie sich zuvor noch nicht bereit fühlte. (859f.).

Andererseits erinnert sich Anne auch an Phasen, die denen in der Klinik ähnelten; Phasen, „*wo wir halt dann uns (.). gegenseitig wieder ganz, ganz heftig runter gezogen haben.*“ (742f.). In dieser Zeit verletzte sie sich selbst täglich und „*dann musste halt in dem Moment dann was passieren, in der WG, weil sonst wäre das ja die ganze Zeit so weiter gelaufen (.) und ja, dann bin ich dann halt wieder in die Klinik gekommen*“ (760ff.). Zurück in der WG

folgte eine weitere „*heftige Phase*“ (745). Mit Mitbewohnerinnen verließ Anne nachts häufig die WG und konsumierte zusammen mit anderen Jugendlichen Alkohol und Drogen. Ihre Therapieziele nahm sie nicht mehr ernst (vgl. 789ff.), die Mädchen wurden zu Gegnerinnen: „*Daraufhin fing es dann auch an, dass wir uns ganz heftig auch in der TWG untereinander verpiffen haben*“ (793f.). Gegenseitiges Vertrauen war nicht mehr möglich (vgl. 840ff.), sodass Anne schließlich kein Interesse mehr hegte in der WG wohnen zu wollen und schließlich auszog.

### Struktur der Hilfelandschaft

In den Erzählungen Annes waren die einzelnen Institutionen des Hilfesystems von geringer Relevanz. Der Kontakt zum Jugendamt beschränkte sich auf die Hilfekonferenzen, welche sie guter Erinnerung behält. Positiv war vor allem, dass dort lediglich die Themen übernommen wurden, die sie zuvor in der TWG und mit ihrer Bezugsbetreuerin erarbeitet hatte (vgl. 1167ff.).

Mehr Aufmerksamkeit gewann für sie das Ende der Hilfe. Während Anne bereits bei ihrem Freund wohnte, fand ein Gespräch mit den Eltern von Anne, ihrer Bezugsbetreuerin und der Leiterin der Wohngruppe statt. Sie selbst beschreibt sich in dieser Situation als „*leider nicht richtig ansprechbar*“ (1023) und beständig alle Hilfeangebote ablehnend. Anne beobachtete dazu: „*Sie waren alle sehr hilflos, weil sie nicht wussten, was sie machen sollen (.) und konnten mir auch in keinerlei -, sag ich jetzt mal **drohen**, weil ich ja nun mal -. Ich wohnte woanders. Ich war total abhängig, äh, unabhängig eigentlich*“ (1072ff.). Auch die Betreuerin beim Jugendamt machte ihr telefonisch alternative Angebote, die Anne ebenso ablehnte. Mit dieser Entscheidung endete für sie mit 18 Jahren der Anspruch auf Jugendhilfe, „*was ich jetzt sehr bereue (lacht)*“ (1027). Im Nachhinein erachtet sie es als schade, dass sie jetzt nicht mehr auf die Hilfe des Jugendamts zurückgreifen kann: „*also klar ich bin selber Schuld, ich bin 18, ich kann das selber entscheiden, aber dass mir jetzt keine Möglichkeit mehr gewährt wird irgendwie **Hilfe** in der Sache in Anspruch zu nehmen, also noch mal zu sagen ´Ja, ich will jetzt mit meiner Jugendhelferin irgendwie noch mal in Kontakt treten.´, dass sie mir noch mal **weiterhilft** oder irgendwie so was, hatte ich keine Möglichkeit zu“ (1028ff.). Dies empfindet sie als ungerecht und fühlt sich allein gelassen (vgl. 1039f.).*

Als ich Anne fragte, inwiefern die Klinik und die TWG miteinander kommuniziert haben, antwortet sie, nichts von relevanten interinstitutionellen Gesprächen mitbekommen zu haben (vgl. 1111ff.). Die fehlende Kommunikation schien für sie jedoch „*eher von*

*Nachteil*“ (1119) gewesen zu sein. Dabei erinnert sie sich an ihren dritten Klinikaufenthalt: „weil zum Beispiel [...] meine WG mich anders einschätzt, als das C<sup>28</sup>. Also wenn das C sagt ich bin suizidgefährdet und ich aber mit meiner WG spreche und die mich **kennen**, dann wissen die, dass ist **nicht** so“ (1119ff.).

### **Beteiligungsmöglichkeiten**

An den verschiedenen Stationen des Hilfeverlaufs waren die Möglichkeiten zur Mitbestimmung unterschiedlich gegeben bzw. eingeschränkt. Letzteres war bezüglich der Entscheidung das erste Mal stationär in der Klinik zu bleiben der Fall: „*ich hatte kein Mitspracherecht*“ (150f.). Anne hat versucht ihren Unmut mitzuteilen: „*dann habe ich zuerst probiert mit einem Arzt zu reden, der hat mir gar nicht richtig **zugehört** und nur so ‘Ja, ja.’ und dann sind meine Eltern gekommen und dann hat der Arzt mit meinen Eltern geredet, also, ich durfte nicht dabei sein und (überlegt) ja dann hieß es irgendwie ‘Wir lassen dich (.) hier.’ [...] war ziemlich heftig irgendwo. Also, fand ich auch nicht in Ordnung.*“ (146ff.). Somit erlang Anne den Eindruck, dass ihr keine Möglichkeiten zustanden, an der Entscheidung mitzuwirken (vgl. 142f.). Weiterhin beklagt sie, „*dass man mir auch nicht probiert hat irgendwie weiterhin die **Angst** zu nehmen oder irgendwas anderes probiert hätte*“ (152f.). Besonders enttäuschend war dabei, dass „*dann nicht mal [ihre] Eltern*“ (159) auf ihre Einsprüche reagierten. Dadurch, sagt Anne, hatte sie nicht das Gefühl, dass ihr wirklich jemand helfen möchte (vgl. 163f.). Retrospektiv erachtet sie es als „*richtig, dass sie mich da behalten haben, aber sie hätten es anders machen können*“ (169f.), wobei sie sich eine gewisse Kompromissbereitschaft gewünscht hätte (vgl. 170ff.).

Innerhalb des Klinikalltags erkannte sie keine Chancen eigene Wünsche zu äußern (vgl. 1139) und fügt hinzu: „*da wurde es eher vorgegeben als alles andere*“ (1140f.). Weiterhin erinnert sie sich an eine Situation, in der sie dazu gezwungen wurde Tabletten zu nehmen, die sie nicht nehmen wollte: „*das wurde einfach verordnet und gesagt ‘Du nimmst die jetzt!’ und (.) war für mich ‘ne ganz schreckliche Situation*“ (1150f.).

Als die Überlegungen laut wurden in eine WG zu ziehen, kollidierten ihre Interessen erneut mit denen der Eltern und der Professionellen in der Klinik. Anne reagierte darauf zunächst wie folgt: „*Da war dann sofort zu bei mir (lacht). Ich hab gesagt ‘Nee, auf keinen Fall. Geht gar nicht.’*“ (531f.). Auf die Nachfrage der Interviewerin, wie mit ihrer Haltung umgegangen wurde, antwortet sie: „*Sehr schlecht.*“ (612), da ihr hauptsächlich ein kindliches

---

<sup>28</sup> Anonymisierung des Kliniknamens

Verhalten vorgeworfen wurde. Auf Drängen des Kliniksozialarbeiters besichtigte sie schließlich mit diesem die TWG. Rückblickend befürwortet sie diese Hartnäckigkeit, jedoch hätte sie sich einen anderen Umgang mit ihren Befürchtungen gewünscht (vgl. 625ff.). Sie hätte sich außerdem mehr Angebote erhofft, die ihr die Angst nehmen, beispielsweise mehr Informationen über diese Wohnform oder einen Austausch mit anderen Jugendlichen, die in einer solchen Einrichtung leben (vgl. 633ff.).

Innerhalb der Jugendhilfeeinrichtung schätzte Anne ihre Möglichkeiten über den Hilfeverlauf mitzubestimmen als gegeben ein, „solange es in die **positive** Richtung geht natürlich“ (1132). Vor allem hebt sie dabei die Möglichkeit hervor, selbst ihre Ziele bestimmen zu können „und das einfach **fast** ja nur drauf geachtet wurde, dass man sie einhält.“ (1137f.)

### 7.3 Vergleich

Es existieren Ähnlichkeiten und Kontraste bei beiden Hilfeprozessen, welche im Folgenden vorgestellt werden.

#### **Psychiatrie**

Anne und Rebecca sammelten beide mehrmalige Erfahrungen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wobei sich die Aufenthalte jeweils in der Dauer und Häufigkeit unterschieden.

Mit der Entscheidung einer stationären Unterbringung waren anfangs weder Anne noch Rebecca einverstanden, wobei vor allem Rebecca wenig auf das spezifische Umfeld der Psychiatrie vorbereitet war bzw. wurde: „Ich dachte, das wäre einfach nur ein Krankenhaus, wo ich mich dann ein paar Tage ausruhe“ (Rebecca, 338). Beide fühlten sich dort zunächst deplatziert, wobei es sowohl für Anne, als auch für Rebecca schwierig war ihr gewohntes Umfeld - das elterliche zu Hause - zu verlassen. Anne beängstigte zusätzlich das Gefühl „eingesperrt“ (Anne, 25f.) zu sein, wobei sie sich in der Klinik in ihren Freiheiten eingeschränkt sah (vgl. Anne, 13).

Während Rebecca in ihrer Erzählung nicht über ihre Mitpatient\_innen sprach, spielten diese für Anne eine wichtige Rolle bei der Ankunft und auch während der Aufenthalte. Für sie stellten sie wohlthuende Gesprächspartner\_innen dar: „man kann halt mit denen reden und die hören einem **zu** und sind halt total **einfühl**sam“ (Anne, 222f.), weswegen sie sich verstanden und akzeptiert fühlte. Sie hebt besonders den starken Zusammenhalt der Gruppe hervor, wobei sich zeitweise jedoch auch enorme, negative Gruppendynamiken ergaben,

wenn sich beispielsweise „*die ganzen Patienten alle gegenseitig runter gezogen haben*“ (Anne, 451f.).

Die Einschätzungen, die die jungen Frauen bezüglich der Fachkräfte in der Klinik abgaben, sind sehr individuell geprägt. Sie erinnern sich beide jeweils an verschiedene Therapeut\_innen oder Betreuer\_innen während ihrer Klinikaufenthalte, mit welchen sie sowohl positive als auch negative Erinnerungen verbinden. Insbesondere die therapeutischen Interventionen verstehen die Jugendlichen als einflussvollen Faktor in der eigenen Entwicklung in der Klinik. Unzuverlässigkeit war vor allem für Anne ein ausschlaggebendes Merkmal für die negative Bewertung eines Therapeuten (vgl. Anne, 381ff.). Scheinbare Inkompetenz war dahingegen Rebecca's Argument zur Ablehnung einer Therapeutin, die ihr „*nicht richtig zugehört hat*“, welche „*auch ganz oft verunsichert war*“ und bei der sie manchmal das Gefühl hatte „*die weiß gar nichts*“ (Rebecca, 560f.).

Im Gegenteil dazu beurteilen beide vor allem diejenigen Therapieeinheiten als wirksam, in denen die Therapeutinnen geduldig und achtsam waren und sich viel Zeit für sie genommen haben, auch, „*wenn mal nicht Therapie war*“ (Anne, 399). Besonders Rebecca konnte eine Vertrauensbasis zu ihrer Therapeutin aufbauen, wobei wieder der Faktor Zeit eine wichtige Rolle spielt: „*die hatte da echt einen langen Atem gehabt und ist da dran geblieben und hat da auch eineinhalb Stunden mit mir gesessen, obwohl das ja normalerweise nur eine dreiviertel Stunde ist*“ (Rebecca, 369ff.). Außerdem war es für Rebecca wichtig Erklärungen für ihr symptomatisches Verhalten zu bekommen (vgl. Rebecca, 623f.). Auf der Basis dieses Vertrauens gelang es Rebecca schließlich auch Ratschläge der Therapeutin anzunehmen, welche schließlich auch den Verlauf der Hilfe beeinflussten (Rebecca, 858ff.).

Die Betreuenden beurteilen die jungen Frauen kurz als „*aufgeschlossen*“ (Rebecca, 364) oder „*ganz nett*“ (Anne, 202). Anne ist jedoch zusätzlich geprägt von der Erinnerung an andere, „*unfreundlich[e] und herablassend[e]*“ (Anne, 938) Betreuer\_innen, die ihr einst wenig Respekt und Zutrauen zollten. Als junge Frau fühlte sie sich von ihnen nicht ernst genommen.

### **Jugendhilfeeinrichtung**

Anne und Rebecca lebten für einen unterschiedlich langen Zeitraum (ein und drei Jahre) in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft.

Der Übergang in eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung wurde in beiden Fällen, noch während sie in der Klinik waren, empfohlen und organisiert. Sowohl Rebecca, als auch Anne lehnten eine stationäre Unterbringung in einer TWG zunächst, aus unterschiedlichen



Gründen, ab: Anne wollte vorrangig das geschützte Elternhaus nicht verlassen (vgl. Anne, 541ff.) und Rebecca sah sich in einem Loyalitätskonflikt gegenüber ihrer Mutter (vgl. Rebecca, 647ff.). Die Überzeugungsarbeit und die Hartnäckigkeit der Professionellen, bezeichnet insbesondere Anne rückblickend als wichtig und richtig (Anne, 186).

Die unbekannte Umgebung und das ungewohnte Zusammenleben mit einer Gruppe von Gleichaltrigen nannten die Interviewten als Grund dafür sich zunächst zurückzuziehen, um so möglichst unauffällig in das Geschehen eintauchen zu können. Rebecca und Anne fühlten sich zwar herzlich aufgenommen und integriert, brauchten jedoch beide einige Zeit um sich wirklich wohlfühlen zu können (vgl. Anne, 581ff.; Rebecca, 964ff.).

Mit der Überwindung dieser Anfangsphase vergleichen die jungen Frauen die WG beide mit einer „*Familie*“ (Rebecca, 1312; Anne, 853). Diese Situation zeichnete sich durch Halt, Geborgenheit und Sicherheit aus. Beide betonten weiterhin den starken Zusammenhalt der Gruppe. Anne: „*das war dann sehr schön, weil wir echt **eine** Gruppe geworden sind*“ (Anne, 739f.).

Als besonders herausfordernd stellte sich das Miterleben von Krisen der Mitbewohner\_innen dar. Bezüglich der Krisen anderer beobachtete Rebecca bei sich: „*damit kam ich halt am Anfang gar nicht klar, mich da auch abzugrenzen und das zu lernen*“ (Rebecca, 892f.). Im Hinblick auf eigene Krisen erzählt Rebecca weiterhin, sich teilweise von den Betreuer\_innen nicht verstanden gefühlt zu haben. Sie hätte sich manchmal gewünscht mit jemandem zu reden „*der genau die **gleichen** Erfahrungen auch hat*“ (Rebecca, 1579f.).

Hinsichtlich des Betreuer\_innenteams betonen die beiden Frauen die zwischenmenschliche Beziehung zu den Betreuenden. Sowohl Anne als auch Rebecca erinnern sich an das gute Gefühl, wenn sie spüren konnten, dass sie den Betreuer\_innen wichtig sind (Rebecca, 1329 f., Anne 866 ff.). Dies wurde vor allem Rebecca dann gewahrt, wenn sich die Betreuenden im Beziehungsaufbau hartnäckig und geduldig zeigten (vgl. 1327ff.). Vor allem in eigenen Zeiten der Instabilität brauchte sie weniger eine überforderte Betreuerin (vgl. 1295ff.) als vielmehr Personen, welche eine Sicherheit ausstrahlen. Dabei erinnert sich Rebecca an ihre erste Bezugsbetreuerin: „*ich kam mit der einfach super gut klar [...] die wusste genau wie sie mich anzupacken hatte*“ (Rebecca, 1277ff.). Dahingegen erzählt die junge Frau in dem Interview auch von der Beobachtung, dass eine andere, jüngere Bezugsbetreuerin zeitweise sehr verunsichert auf Rebeccas Verhalten reagierte (Rebecca, 1296). Infolgedessen war dann auch das Interesse vonseiten der Jugendlichen sich auf eine vertrauensvolle Beziehung einzulassen enorm eingeschränkt (vgl. 1303f.).

Anne hingegen erinnert sich mehr an Momente der Geborgenheit, wenn sie in den Arm genommen wurde oder ihr abends noch etwas vorgelesen wurde: *„also wo man sich dann halt auch einfach mal so, manchmal wie so ´n kleines Baby fühlen kann“* (Anne, 883f.).

Das Ende der Hilfemaßnahme war bei beiden Jugendlichen von Uneinigkeit geprägt. Während sich Anne emotional von der WG distanzierte, sich für das Ende der Hilfe und gegen den Rat der Helfenden entschied, wollte Rebecca die TWG noch nicht verlassen. Den ungewollten Abschied aus der WG erlebte sie als schwerwiegend: *„es hat mir alles total **Angst** gemacht, weil ich gemerkt habe ´So jetzt geht ´s -, es ist **vorbei** jetzt hier. Ich muss das Alte alles ab-, ich muss alles **aufgeben** und was komplett neues anfangen und muss meine **Familie**, soll das hinter mir lassen und das habe ich schon einmal durch´ und das -. Ja, das bringt einen immer so durcheinander“* (Rebecca, 1348ff.). Ihr Auszug wurde schließlich fremdbestimmt.

### **Struktur der Hilfelandschaft**

Die in dem Hilfeprozess eingebundenen Institutionen erlangen in den Interviews einen ungleichen Stellenwert. Während das Jugendamt als Entscheidungsträger im Hilfeverlauf von Rebecca eine besonders einflussreiche Rolle spielt, beschränkt sich Anne´s Erinnerung hierzu auf die Hilfskonferenzen. Vor allem die Frage der Finanzierung kennzeichnet Rebecca als wiederkehrendes Thema. Der Finanzierungsdruck des Jugendamts beziehungsweise der dort zuständigen Betreuerin(nen) kollidierten mit Rebeccas individuellen Bedürfnissen: *„die meinte auch immer ´ja, es muss jetzt voran gehen und mach mal und mach mal und mach mal.´ Und ich glaube sie hat den **Sinn** nicht-, also sie hat das nicht verstanden, was da eigentlich bei mir abgeht und **was** mein Problem ist und **dass** man dafür Zeit braucht“* (Rebecca, 1263ff.). Dies setzte dann vor allem Rebecca unter Druck (vgl. Rebecca, 1248). Zudem waren sich mehrere Institutionen in ihrer Zuständigkeit zur Kostenübernahme uneinig, wodurch sich Rebecca letztlich nicht mehr verstanden fühlte (vgl. 1387ff.). Auch die hohe Fluktuation der Mitarbeiter\_innen im Jugendamt war in ihrem Hilfeverlauf problematisch (Rebecca, 193f.). Ebenso kritisierte sie häufige Wechsel von Betreuer\_innen und Mitbewohner\_innen in der WG *„da war dann keine Festigk -, also (überlegt) kein Halt.“* (Rebecca, 1283).

Der Kontakt mit dem Jugendamt reduziert sich hingegen bei Anne auf die Hilfskonferenzen. Sie schätzte diese Termine insofern positiv ein, als dass die Formulierung der Ziele weitgehend an die Vorarbeit in der TWG geknüpft waren: *„waren ja eigentlich nur die Themen, die wir also im Bezugsbetreuergespräch auch hatten, die eigentlich ja nur*

*übernommen werden sollen“* (Anne, 1167). Als Anne jedoch ihre Kooperation in der WG am Verlaufsende verweigerte, schien ihr das Helfer\_innennetz hilflos zu sein (Anne, 1072ff.). Mit der Konsequenz, keine Hilfe mehr vom Jugendamt beanspruchen zu können beziehungsweise keinen Kontakt zu dem ihr bekannt gewordenen Hilfenetz mehr aufnehmen zu können, fühlt sie sich derzeit jedoch allein gelassen: *„ist halt so ´n bisschen (...)fies [...], keiner ist irgendwie da“* (Anne, 1039f.).

Die Frage nach der Kommunikation zwischen Klinik und WG beantworten die Jugendlichen zunächst uneindeutig, da diese ihnen gegenüber wenig transparent gestaltet wurde. Für Anne hätte ein Austausch zwischen den Institutionen einen Vorteil ergeben. Die Multiperspektivität erhöht für sie die Wahrscheinlichkeit gerechte und subjektorientierte Entscheidungen treffen zu können (vgl. Anne, 1119ff.). Rebecca ist sich diesbezüglich unsicher, schließlich birgt eine intensive Verständigung der Institutionen aus ihrer Sicht ebenso die Gefahr, dass über ihren Kopf hinweg entschieden wird (Rebecca, 1480). Andererseits hätte eine vermehrte Kommunikation ebenso von Vorteil sein können (vgl., Rebecca, 1481ff.).

Weder Anne noch Rebecca erwähnten eine aktive Mitwirkung von Ärzt\_innen der KJPP in der Hilfeplanung in Kooperation mit dem Jugendamt.

### **Beteiligungsmöglichkeiten**

Sowohl Rebecca als auch Anne fühlten sich bei dem ersten Entschluss eines stationären Klinikaufenthalts fremdbestimmt. Unzureichende Informationen und eine schlechte Vorbereitung verunsicherten Rebecca in dieser Situation: *„dann stand ich da vor dem Haus und da stand da auf einmal Kinder- und Jugendpsychiatrie und ich dachte mir so ´äh, nee, stopp mal, das ist jetzt-, das geht nicht und was soll denn das hier und das hat mir keiner gesagt“* (Rebecca, 338ff.). Anne betonte besonders kein Mitspracherecht bezüglich der Unterbringung erhalten zu haben, weswegen sie bald nur noch wenig Vertrauen zu den Erwachsenen hegte. Sie erinnert sich dazu, nicht das Gefühl gehabt zu haben, *„dass jemand hinter mir steht oder mir überhaupt helfen will, also das Gefühl hatte ich in dem Moment einfach nicht, was man eigentlich ja erwarten müsste“* (Anne, 163ff.). Eine erhöhte Kompromissbereitschaft vonseiten der Klinik oder der Eltern hätte dies ihrer Meinung nach zu entkräften vermocht (Anne, 170ff.). Ähnliches erlebte sie wieder als sie sich mit ihren Befürchtungen bezüglich des Umzugs in eine Betreute Wohngemeinschaft nicht angehört fühlte.

Innerhalb des Klinikalltags erkannten beide wenig oder keine Chancen eigene Wünsche und Vorstellungen mit einzubringen. Ebenso erzählten sie von Situationen, in denen von ihnen etwas verlangt wurde, was sie nicht wollten (vgl. Rebecca 491ff.; Anne 1148 ff.). Rebecca konnotierte jedoch die Abnahme von Verantwortung partiell auch als positiv, wenn sie sich selbst wenig stabil fühlte (Rebecca, 1469ff.).

Mehr Partizipationsmöglichkeiten erfuhren beide in dem Wohnbereich der WG. Teilweise hatte zumindest Rebecca den Eindruck, ihr würde dabei sogar zu viel zugetraut werden (vgl. Rebecca, 213ff., 1344f.).

In Hilfekonferenzen wurde beiden die Möglichkeit gegeben eigene Wünsche und Ziele zu formulieren. Teilweise fühlte sich Rebecca davon auch verunsichert: *„Ich war damit immer überfordert. Und wusste nicht direkt also ‘Was muss ich jetzt sagen?’ , weil natürlich auch was von mir verlangt wurde, ist ja klar und ob ich dem entsprechen kann überhaupt und ob es richtig ist, was ich mir wünsche und ob es ok ist.“* (Rebecca, 1507ff.). Trotzdem war es ihr stets wichtig zu merken, dass es um sie geht (Rebecca, 1507ff.).

Trotz dem sie ihre Wünsche äußerte, hatte sie das Gefühl *„nicht gesehen“* (Rebecca, 1387f.) zu werden, da ihrer Vorstellung, beispielsweise länger in der TWG bleiben zu wollen nicht entgegen gekommen wurde. Anders hingegen bei Anne: sie erhielt die Möglichkeit ihre Ziele mit Unterstützung des Jugendamts und den Betreuenden der TWG zu verwirklichen. Als die eigenen Zukunftsvorstellungen mit denen des Hilfenetzes kollidierten, traf Anne selbst die Entscheidung über den Hilfeverlauf<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Sie ist zu diesem Zeitpunkt volljährig, wodurch ihr mehr Rechte zur Selbstbestimmung zu Teil wurden.

### III DISKUSSIONSTEIL

Die empirischen Ergebnisse und das theoretische Wissen erlauben Rückschlüsse über die Wirkfaktoren in Hilfeverläufen, welche relevant für die professionelle Praxis sind. In der Diskussion stelle ich schwerpunktmäßig die Aspekte der Beziehungsgestaltung, der Beteiligungschancen und der strukturellen Problematiken in der Helfelandschaft heraus.

#### **1. Sichere und vertrauensvolle Beziehungen zu den Helfenden sind wesentliche Stützpunkte für die Jugendlichen im Hilfeprozess. Die Gestaltung solcher tragfähiger Beziehungen erfordert ein hohes Maß an fachlicher und sozialer Kompetenz der Betreuenden.**

Sowohl in den Erzählungen der interviewten Jugendlichen als auch in den Ausführungen der Fachliteratur gewinnt der Beziehungsaspekt zwischen Betreuenden und Betreuten eine enorme Wichtigkeit bei der Gestaltung und dem Erleben von Hilfeverläufen.

Oft wird in der Literatur zunächst die Zielgruppe charakterisiert, welche sich an der Schnittstelle Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie befindet. Ader (2004) verbindet hierzu die Annahme, dass die Adressat\_innen jene jungen Menschen sind, welche die Systeme häufig an die Grenzen ihrer Strukturen und Handlungskonzepte bringen (ebd.: 438). Sie sind zumeist geprägt von belastenden Lebensereignissen und defizitären Erfahrungen (Gahleitner/ Ossola/ Mudersbach, 2005: 94). Nicht selten ist das Vertrauen in die emotionale Verfügbarkeit von Erwachsenen verletzt und das Wagnis neue Bindungen einzugehen und neu zu vertrauen, stellt eine enorme Herausforderung und ein Risiko für potentielle erneute Enttäuschungen für die jungen Menschen dar (Stanulla, 2004: 6). Anne beschreibt diese Unsicherheit: *„dann sich jemandem anzuvertrauen ohne Angst zu haben, was da kommt, was da ist, das ist halt sehr schwierig“* (Anne, 294 f.). In Anbetracht dieser Vulnerabilität fordert Fröhlich-Gildhoff (2007) von den professionellen Begleiter\_innen in allen Begegnungen des Hilfeprozesses ein hohes Maß an Feinfühligkeit, Empathie und Akzeptanz (ebd.: 9).

Insbesondere den stationären Einrichtungen der Jugendhilfe ist eine große sozialisatorische Funktion zuzuschreiben. Vor allem können sie eine sichere Umgebung bieten, in der junge Menschen bisherige Erfahrungen verarbeiten und neue, korrigierende Erfahrungen sammeln können (Hamberger, 2008: 323). Dabei sind Schutz

und Struktur wichtige Maxime, um den Jugendlichen einen verlässlichen Halt bieten zu können (vgl. Gahleitner/ Ossola/ Mudersbach, 2005: 96). Für Rebecca wird dies im Leben in der TWG erfahrbar: *„Na es war ja wirklich wie eine große Familie, was man auch macht in einer Familie, man geht zusammen einkaufen [...], wir haben abends fernsehen geguckt, DVDs geguckt, wir sind zusammen auch -, haben die Freizeit auch zusammen verbracht. Es war nicht so, dass jeder **sein** Ding gemacht hat. [...] das hat wirklich auch **geholfen**, das hat das alles so (.) gefestigt.“* (Rebecca, 1312 ff.).

Für den Aufbau einer positiven Vertrauensbeziehung zwischen Betreuenden und Jugendlichen bedarf es nach Stanulla (2004) einiger Ingredienzen, wie beispielsweise Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Wohlgesonnenheit (ebd.: 5). Zudem braucht eine erfolgreiche Bindungs- und Betreuungsarbeit Zeit, wie aus den Untersuchungen der Katamnesestudie TWG (2009) hervor geht (Gahleitner/ Krause/ Rosemeier, 2009: 45).

Da Jugendliche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik in der Regel deutlich weniger Zeit verbringen (vgl. Libal/ Fegert, 2004: 234) als in einer Jugendhilfeeinrichtung (sollten sie in einer solchen leben), ist zu vermuten, dass damit auch begrenzte Bedingungen und Möglichkeiten des Beziehungsaufbaus zwischen Mitarbeitenden der KJPP und den Jugendlichen einhergehen. Dass der Aufbau einer stabilen Beziehung jedoch auch im kurzzeitigen Rahmen einer psychiatrischen Klinik möglich ist, beweist Rebeccas Erfahrung mit einer Therapeutin der Klinik, welche eine wesentliche und einflussreiche Vertrauensperson für sie darstellt: *„ich hab der Frau alles geglaubt, weil die so toll war (lacht), und weil ich wusste, die ist auch nicht doof und die weiß, was sie sagt“* (Rebecca, 859f.). Dies zeigt, dass das große Bedürfnis der Jugendlichen nach Beziehung und Nähe stets vorhanden ist und somit auch bei einer kurzfristigen Unterbringung Beachtung finden muss.

In der TWG erweisen sich vor allem die Zeit und die Geduld, die die Betreuenden aufbringen für Rebecca als wichtige Indizien für ein wohlwollendes und ehrliches Beziehungsangebot: *„also ich hab’ schon gemerkt, dass sie [die Betreuerin] echt drangeblieben ist [...], die dann auch nicht locker gelassen hat und da wusste ich schon ‘Ok, ich bin da -, also es ihr wichtig, dass ich auch (.) auf einen guten **Weg** komme‘* (Rebecca, 1327 ff.). Die enorme Wichtigkeit für die jungen Menschen *„zu erleben, dass jemand Zutrauen und Hoffnung in sie setzt und die Mühe nicht scheut, auch in krisenhaften Entwicklungen zu ihnen zu halten.“*, benennt auch Hamberger (2008: 327). Daneben kennzeichnet Anne weiterhin das Gefühl von Geborgenheit als wichtige Beziehungserfahrung und erinnert sich positiv daran, *„dass man auch einfach mal in den **Arm** genommen wird von denen [den Betreuenden] oder dass man merkt, dass sie, dass,*

*dass wir ihnen was bedeuten irgendwie. Das war einfach ´n total schönes Gefühl.“ (Anne, 866 ff.).*

Therapeutische Beziehungen und Interventionen können erst dann, auf der Basis stabiler Alltagserfahrungen, entstehen und wirken (Gahleitner/ Krause/ Rosemeier, 2009: 43). So gelingt es Anne im Hilfeprozess zu einer Therapeutin der TWG ein großes Vertrauen aufzubauen: *„mit der [Therapeutin] [...] war ich dann so gut, dass ich mit der Traumatherapie sogar gemacht habe, worauf ich mich **gar** nicht eingelassen habe vorher und so was einfach und hab mich sehr, sehr wohl gefühlt. Und ja. War sehr schön auf jeden Fall, das Verhältnis.“ (Anne, 857 ff.).* Gilt diese Vertrauensbasis jedoch als unzuverlässig, ist oder wird der Nährboden einer guten Beziehung unfruchtbar. Anne erfährt diese Enttäuschung in der KJPP: *„Er [der Therapeut] lässt zum Beispiel Therapiestunden einfach **ausfallen**, ich sitze dann vor seinem Therapeutenzimmer, hab mich auf die Stunde **super** gut vorbereitet, freu´ mich auf das Gespräch, will unbedingt mit jemandem reden und er kommt einfach nicht [...] wo man denkt, er achtet gar nicht darauf, was, was die Patienten wollen oder brauchen oder so.“ (Anne, 381 ff.).*

Verletzungen der Vertrauensebene resultieren weiterhin aus der Diskontinuität in Beziehungen. Ergebnisse der JULE-Studie (1998) verweisen dabei auf eine hohe Fluktuation im Jugendamt, welche äußerst hinderlich für den Hilfeprozess ist (BMFSFJ, 1998: 30). Rebecca erlebte ebenso mehrfache Wechsel von Jugendamtsbetreuer\_innen: *„Ich hatte auch ständig Wechsel beim Jugendamt gehabt, ständig eine neue Betreuerin, als zu jeder Helferkonferenz war jemand anderes da, der sich **nicht** auskannte mit mir.“ (Rebecca, 192 ff.).* Die Wirksamkeit wurde auch in den untersuchten Hilfeverläufen Hamberger´s (2008) häufig durch Abbrüche und Wechsel blockiert. Das dadurch entstehende Misstrauen ist anschließend schwer zu überwinden (ebd.: 325). Auch als sich bei Rebecca wieder einmal eine neue Betreuerin beim Jugendamt vorstellte, war die junge Frau *„natürlich erst mal misstrauisch und dachte ´naja (3), die wird mir nicht helfen““ (Rebecca, 746 f.).* Auch der Wechsel der Betreuungsperson innerhalb der Jugendhilfeeinrichtung stellt für ein Kind/Jugendlichen, das eine Beziehung eingegangen ist, ein schmerzliches und problematisches Ereignis dar, welches dann von dem Team aufmerksam aufgefangen werden muss (Senckel, 2007: 68). Rebecca erzählt von ihrer Erfahrung: *„ausgerechnet **meine** Bezugsbetreuerin ist gegangen und ich kam mit der einfach super gut klar [...] und auf einmal geht die [...] und dann krieg ich da so einen jungen Spund auf einmal da, 24 Jahre und nun muss **ich** der mal was beibringen“ (Rebecca, 1276 ff.).* Wie auch Lamm und Treeß (2002) proklamieren, muss sich die Jugendhilfe bewusst werden, dass sie die Unstetigkeit und Unverbindlichkeit, die das bisherige Leben der Kinder und Jugendlichen geprägt haben, hier wiederholt (ebd.:

2002). Wie auch in den Hilfeverläufen der Befragten deutlich wird, ist in solchen Fällen ein hohes Maß an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit von den Jugendlichen gefordert. Dies sollte meiner Ansicht nach mehr geachtet und hinterfragt werden.

Wie aus dem theoretischen Teil hervorgeht, verfolgen beide Hilfesysteme zwar den gleichen Anspruch, junge Menschen in schwierigen Lebenslagen schützen zu wollen (Fegert/Schrappner, 2004: 21). Unterschiede bestehen jedoch dahingehend, dass Krisen innerhalb der KJPP zum Alltag gehören, wohingegen Krisensituationen im Bereich der Jugendhilfe nicht selten mit einer Überforderung der Betreuenden verbunden ist (ebd.: 20). Diese Erfahrung bestätigt auch Rebecca in dem Interview: *„Ich hatte das Gefühl die [die Betreuerin] war mit mir auch total überfordert, wenn dann mal irgendwas passierte, weil ich ja schon keine einfache Symptomatik habe und (2) oh, war ich angepisst von der“* (Rebecca, 1295 ff.). Diese Erfahrung erschwert den anschließenden Aufbau einer positiven Beziehung für Rebecca massiv: *„immer wenn sie Dienst hatte, war ich weg [...] ich wollte mit der auch eigentlich nichts zu tun haben.“* (Rebecca, 1303 f.). In Bezug auf andere Krisensituationen formuliert Rebecca weiterhin den Wunsch nach einem konsequenteren und sichereren Umgang der Betreuenden mit der jeweiligen Problematik (vgl. Rebecca, 1050 ff.).

Hier greift Beck's (2008) Forderung nach einer Qualifizierung von Fachkräften der Jugendhilfe (insbesondere in stationären Einrichtungen) im Hinblick auf spezifisches Störungs- und Interventionswissen für die Arbeit mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen (ebd.: 21). In dem Konzept der TWG ist dies bereits ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit (vgl. AK der therapeutischen Jugendwohngruppen in Berlin, 2005). Spezifisches Verhalten soll vor einem professionellen Hintergrund reflektiert werden. Das Wissen über psychiatrische Störungsbilder sowie besondere Kenntnisse über gruppenspezifische, soziale und kulturelle Aspekte sind in den pädagogischen Alltag mit einzubeziehen (Gahleitner/ Ossola/ Mudersbach, 2005: 94). Auch wenn Rebecca in ihrem Beispiel die Überforderung der Betreuerin spüren konnte, blieb die TWG in Krisen ein sicherer Ort: *„sie haben schon geschafft mich aufzufangen (.) auch als ich dann in der TWG war, bin ich nur ein einziges Mal wegen einer Krise in die Psychiatrie (.) eingewiesen worden“* (Rebecca, 218ff.). Es wird sichtbar, dass mit einem erweiterten Hilfe- und Wissenshorizont seltener erwogen werden muss, die Verantwortlichkeit in Krisensituationen auf andere Helfer\_innen zu delegieren, wie es in regulären Jugendhilfeeinrichtungen vermehrt zu beobachten ist (Jungmann, 2004: 574). Die professionellen Begleiter\_innen können sich verstärkt an der Lebenswelt der jungen Menschen orientieren und letztere müssen weniger häufig den „Ausnahmeort“ der Psychiatrie zur Krisenintervention aufsuchen (vgl. Köttgen, 2007: 225). Die Hospitalisierungstendenz, die vergleichsweise von



Rebecca bei dem Beginn ihres Hilfeverlaufs als „Drehtür“ bezeichnet wird (Rebecca, 121), wurde so, zumindest für den Zeitraum in der TWG „auf jeden Fall unterbrochen“ (Rebecca, 220f.).

Dennoch wird im Diskurs mit den Aussagen Rebeccas deutlich, dass die „nackte“ Formulierung und Festschreibung von Qualitätsanforderungen und Maßstäben in den jeweiligen Konzepten, keinen stetigen Garant für dessen lebendige Umsetzung in der Praxis darstellt. Trotz spezifischer Kenntnisse über den Umgang mit psychisch belasteten Jugendlichen können die Helfer\_innen „hilflos“ sein (vgl. Freese/ Holz/ Adam, 2009: 6). Diese Feststellung soll das bestehende Hilfekonzept der TWG keinesfalls in Frage stellen, sondern vielmehr auf die hohe Belastung der Fachkräfte aufmerksam machen, welche in dieser Beziehungsarbeit mit Dynamiken, Konflikten und extremen Gefühlen der Bewohner\_innen konfrontiert sind (Denner, 2008: 297). Der Erwerb von Kompetenzen, das Zulassen und Ausüben von Selbstreflexion und -kritik seitens der Betreuenden kann daher nie als abgeschlossen gelten. Dies erfordert eine innere Bereitschaft stets an den eigenen professionellen Fähigkeiten zu arbeiten und diese kontinuierlich weiter zu entwickeln (ebd.: 295), denn nur so kann eine Prävention massiver Überforderungssituationen funktionieren.

## **2. Partizipation ist ein dringendes Recht der Jugendlichen und muss im Sinne eines adressat\_innengerechten Hilfeprozesses stets gewährleistet werden<sup>30</sup>.**

Die Begriffe Beteiligung, Partizipation, Subjektorientierung und Transparenz gewinnen in der Literatur an zunehmender Brisanz. Spätestens mit den gesetzlichen Verankerungen in den UN- Kinderrechtskonventionen und dem KJHG, welche Kinder und Jugendliche als Träger\_innen eigener Rechte stärken, wird die Beteiligung der Adressat\_innen in Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie viel gefordert. Die tatsächliche Umsetzung der Beteiligung in den Hilfeprozessen erweist sich jedoch häufig als mangelhaft (vgl. BMFSFJ 1998, Becker 1999, Wiethoff 2004).

Der Unterbringungsprozess prägt, laut den Untersuchungen von Pies (2004), den gesamten Hilfeverlauf (ebd.: 430). Dabei erleben junge Menschen besonders die erste Unterbringung außerhalb der Familie als besonders schwerwiegend (ebd.). Auch Anne will den Schutzraum des Elternhauses zunächst nicht verlassen und erinnert sich: „als es hieß, ich soll jetzt in die

---

<sup>30</sup> Eingangs ist zu betonen, dass sich bei den nachfolgenden Aspekten die individuelle Perspektive der Adressat\_innen und die strukturelle Ebene des Hilfenetzes überschneiden. Eine klare Trennung dieser Ebenen ist daher nicht zu gewährleisten.

*Klinik [...] hab´ ich schon total zu gemacht, hab´ schon Panik bekommen, hab´ gemeint Nein, geht gar nicht.´ und (.) (atmet tief ein) [...] ´s ging irgendwie nicht in meinen Kopf rein (lacht), ich wollte da nicht hin“ (Anne, 93 ff.).* Transparenz, Ehrlichkeit und eine ausreichende Vorbereitung auf die neue Situation sind hier von allen Beteiligten zu erwarten (Pies, 2004: 430f.).

Trotz der Versuche Annes sich bei ihren Eltern und dem zuständigen Arzt Gehör zu verschaffen, fühlte sie sich in den Entscheidungsprozess bezüglich der Unterbringung nicht eingebunden: *„auf mich **hat** irgendwie keiner gehört, ich hab´ mich total ohnmächtig gefühlt“* (Anne, 142 f.). Das von Kriener und Wilting (2004) beschriebene Machtgefälle zwischen Hilfeempfangenden und Hilfe anbietenden wird hier sichtbar (ebd.: 485). Vor allem jedoch bei Behandlungen gegen den Willen der Patient\_innen sollten die Beteiligungschancen und das Recht auf Information gewährleistet sein (vgl. Wiethoff, 2004: 24.), was den jungen Menschen schließlich auch gesetzlich zusteht (vgl. Art. 12 UN-Kinderrechtskonventionen).

Daran anknüpfend besteht in der Literatur Kritik an der häufig anzutreffenden Argumentation einiger Fachkräfte, dass junge Menschen auf Grund ihrer Probleme oder „Störungen“ nicht in der Lage seien, die Konsequenzen von Entscheidungen ausreichend einschätzen zu können (Kriener/ Wilting, 2004: 487). Viel zu schnell wird hier von einer „grundsätzlichen Einwilligungsunfähigkeit“ ausgegangen (ebd.: 491).

Die Diskussion um den Spagat zwischen Kindeswohl und Kindeswille<sup>31</sup> spaltet hier die Professionellen. Es besteht eine gewisse Uneinigkeit in der Fachwelt: so argumentieren andere Stimmen, dass die Beteiligung für die jungen Menschen in krisenhaften Situationen auch überfordernd wirken kann (vgl. Stork, 2007). Auch Rebecca empfand eine Minimierung der eigenen Verantwortung innerhalb der KJPP als entlastend: *„da ging es ja rein immer um Stabilisierung und da wurde mir halt viel abgenommen einfach an Verantwortung, weil ich auch damals noch gar nicht dazu bereit war, das haben die auch gesehen.“* (Rebecca, 1496 ff.). Die Individualität der Adressat\_innen, ihr Wunsch zur Beteiligung und ihre Belastungsgrenze, sollte also von den Professionellen dringend differenziert und geprüft werden. Vor allem lebensgeschichtliche Hintergründe müssen dabei mit einbezogen werden, denn häufig wurden die Jungen und Mädchen in ihrem bisherigen Leben wenig als Träger\_innen eigener Rechte respektiert (Weiß, 2003: 117). Es ist die professionelle Verantwortung der Helfenden den Jugendlichen ihren Subjektstatus erfahrbar werden zu lassen, um aus dem Objektdasein austreten zu können. Entscheidend

---

<sup>31</sup> Vgl. Dettenborn, H. (2007): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte.

ist, und darin sind sich die Autor\_innen einig, dass es bei dem Planungs- und Entscheidungsprozess darauf ankommt, die Adressat\_innen nicht zu Objekten von Anamnese, Diagnose und Behandlung zu machen, sondern ihnen einen eigenständigen Subjektstatus als Partner\_in in einem Aushandlungsprozess zu gewährleisten (Kriener/Wilting, 2004: 488).

Doch nicht nur im Hinblick auf Entscheidungsprozesse und Kriseninterventionen, sondern ebenso bei der Alltagsgestaltung in den Institutionen besteht ein Mitbestimmungsrecht für die jungen Menschen. *„In den Kliniken an sich (3) hab ich davon gar nichts gesehen.“* – so lautet das wenig zufrieden stellende Fazit von Anne über die Möglichkeiten zur Partizipation im Alltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Anne, 1139). Ebenso bemängelte sie in der KJPP die Respektlosigkeit, die ihr teilweise von den Betreuenden entgegengebracht wurde, wohingegen sie sich in einer anderen Psychiatrie für Erwachsene als junge Frau respektiert fühlte und dadurch das Gefühl hatte: *„man wird viel mehr mit einbezogen“* (Anne, 975). Einer weiterführenden Untersuchung würdig bleibt hier die Frage offen, inwiefern die jahrelangen Bemühungen zur Stärkung von Patient\_innenrechten in der Erwachsenenpsychiatrie<sup>32</sup> bislang unzureichend auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie übertragen wurde.

Dahingegen werden die Beteiligungschancen innerhalb der Jugendhilfe vergleichsweise stärker geschützt (Stork, 2007: 225). In der TWG, so schätzt Anne positiv ein, war sie selbst diejenige, *„[die] sagen sollte, was [sie] erreichen will, wohin [sie] will und ja das war immer sehr gut auf jeden Fall, dass man selber sich die Ziele stecken konnte“* (Anne, 1136f.).

Die individuellen Wünsche und Ziele der jungen Adressat\_innen in dem Hilfeprozess zu berücksichtigen, soll in der Jugendhilfeplanung ein wesentlicher Bestandteil sein (vgl. Rothärmel et. al., 2006: 21). Es wird erwartet, dass Entscheidungen über den Hilfeverlauf weniger expert\_innengeleitet getroffen werden. Vielmehr ist die Planung als ein prozesshafter Vorgang der Verständigung mit dem/r Adressat\_in zu verstehen (Kriener, 2000: 139). Dem gegenüber erinnert sich Anne an den Entscheidungsablauf bezüglich der Unterbringung in einer TWG. Sie war von dieser Perspektive sehr verärgert und machte diesbezüglich mehrfach ihren Unwillen deutlich. Sie schildert die darauf folgende Reaktion: *„es hieß dann auf einmal, ich würde mich verhalten wie ein dreijähriges Kind. [...] fand´ ich sehr schrecklich irgendwie. Wo (.) so was, so ´ne*

---

<sup>32</sup> Vgl. Dörner, K.; Plog, U.(1996): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie.

*Reaktion genau drauf führt, dass ich **noch** weniger mache. [...] also, dass sie mich in die Richtung **neigten** auch, ist total in Ordnung, auch mal ´n Schubser geben, is auch in Ordnung, aber **wie** das ganze passiert ist [...], kann man ja immer noch auf unterschiedliche Art und Weise machen“ (Anne, 612 ff.). Zum einen wird hier deutlich, dass Planungsprozesse häufig auch Interessensgegensätze und Konflikte beinhalten (Daigler, 2000: 37). Zum anderen muss klar sein, was Beteiligung praktisch bedeutet. Dies heißt nämlich *nicht*, alle Wünsche von Mädchen und Jungen erfüllen zu müssen. Beteiligung bedeutet vielmehr, einen Rahmen für Auseinandersetzungen und Aushandlungen zu schaffen, in dem um gegenseitiges Verstehen gerungen und eine Kultur des Konfliktaustragens geschaffen wird (ebd.: 42).*

Eine offene Atmosphäre in der Hilfeplanung zu schaffen, in der junge Menschen ihre Wünsche frei äußern können, erfordert ein hohes Maß an fachlicher, kommunikativer und sozialer Kompetenz (ebd.: 37). Rebecca sagt beispielsweise, dass sie stets nach ihren Wünschen und Zielen befragt wurde, doch war das auch verbunden mit Unsicherheiten ihrerseits, da sie nicht wusste, ob ihre Formulierungen den Erwartungen der Helfenden entsprechen. Ähnliches geht auch aus den Untersuchungen Daigler´s hervor (2000), in denen sie feststellt, dass viele junge Menschen das Setting der Hilfeplangespräche in der realistischen Umsetzung als belastend und einschüchternd empfinden (ebd.: 39). Wann schätzen die Adressat\_innen die Gestaltung von Hilfestellungen nun positiv ein? Rebecca trifft hierzu zwei fruchtbare Aussagen, welche Helfenden eine Idee von einer konstruktiven Hilfeplangestaltung geben könnten. Erstens: *„Ich konnte entscheiden, ob ich auch überhaupt dabei sein möchte oder nicht und ob ich jemanden an meiner Seite haben möchte [...] und ob ich denn überhaupt reden möchte oder nicht. Das wurde mir alles frei gestellt. Das fand ich sehr, sehr gut!“* (Rebecca, 782ff.) und zweitens: *„Ich denke, dass es auch **wichtig** ist, dass ich gefragt werde, damit ich auch das Gefühl kriege, dass ich ein (.) Mitspracherecht habe und **dass** es um mich geht.“* (Rebecca, 1507 ff.).

Die Kommunikation zwischen den Systemen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe war für Rebecca und Anne unmittelbar wenig erfahrbar und intransparent. So erzählt Anne: *„Also es **gab** Gespräche, **kurze** Gespräche einfach darüber TWG, Patientin, was se hat so. Also mehr hab´ ich jetzt nicht mitbekommen, so Gespräche direkt, also richtige Gespräche oder so, gab´s (2) nicht.“* (Anne, 1111 ff.). Eine koordinierte Abstimmung und Beratung zwischen den Disziplinen wird jedoch zum Zwecke einer funktionierenden Kooperation von der Fachwelt verlangt. Dem entgegen wurde auch die Erfüllung der im § 35 KJHG verankerten Forderung zur Beteiligung von Ärzt\_innen der KJPP am Planungsprozess, zumindest für Anne und Rebecca nicht explizit bemerkbar.

Weiterhin wird in diesem Zusammenhang die wechselseitige Transparenz in den Arbeitsabläufen von den beiden Systemen als notwendig beschrieben (vgl. Goldbeck/ Fegert, 2008). Doch auch die Transparenz gegenüber den Jugendlichen, welche 'immerhin' die gemeinsamen Auftraggeber\_innen darstellen, sollte dabei im Sinne der Partizipation nicht vergessen werden. In den Interviews formulieren die jungen Frauen Vorstellungen über Vor- und Nachteile einer verstärkten Kommunikation zwischen psychiatrischer Klinik und Jugendhilfe. Anne hätte einen Austausch insofern positiv empfunden, als dass ihre Situation aus unterschiedlichen Blickwinkeln hätte verstanden werden können (vgl. Anne, 1119 ff.). Für Rebecca hingegen barg eine sehr starke Kommunikation die Gefahr, dass über ihren „*Kopf hinweg*“ entschieden wird.

### **3. Strukturelle und institutionelle Problematiken sind entscheidende Stolpersteine für die Jugendlichen und ihre Entwicklung im Hilfenetz.**

Dass die gesetzlichen und fachlichen Forderungen nach einem ausschließlich adressat\_innengerechten Hilfeplanungsprozess teils auch von den strukturellen und politischen Bedingungen gedrosselt werden, wird besonders bei dem Hilfeverlauf von Rebecca sichtbar. Hilfeentscheidungen unterliegen zunehmend finanziellen Vorgaben mit dem Ziel der Kostendämpfung (Becker/ Koch, 1999: 89, vgl. auch Meybohm, 2005a; Goldbeck/ Fegert, 2006). Auch die Jugendamtsbetreuerin von Rebecca teilte ihr anfangs mit, dass eine Unterbringung in einer TWG zu kostenaufwändig sei.

Mit der Volljährigkeit der Adressat\_innen folgt vor allem der Streit um die Zuständigkeit zwischen den Institutionen, was letztendlich auch wieder die Frage impliziert: Wer trägt die Kosten? Rebecca erinnert sich dazu: „*Das war ein totaler **Kampf**, weil das Sozialamt hat erst gesagt so 'Ja, ok und wir werden das übernehmen die Kosten' [...] und drei Tage vor meinem Auszug hat die denn halt gesagt 'nein, wir werden das nicht übernehmen'. Ich bin noch nicht 21 und deswegen ist das Jugendamt noch zuständig und dadurch ist das alles wieder total zusammengebrochen und das Jugendamt wollte natürlich auch nicht übernehmen.*“ (Rebecca, 241 ff.). Die Zuständigkeit wird hin und her geschoben, die Verantwortungen werden verlagert und die eigentliche Orientierung an der Lebenswelt der jungen Menschen rutscht in den Hintergrund (Meybohm, 2005: 87). Rebeccas Hilfeanspruch wird beschnitten (Beck/ Koch, 1999:89), jedoch ist sie durch die Mitarbeitenden der WG über ihre eigenen Rechte informiert und kann sich für diese einsetzen: „*die wussten ja auch, wenn -, ich kann dagegen Klage erheben, wenn die sich dagegen stämmen, weil ich habe (überlegt) ein Schrift-, ein schriftlichen Beweis, dass ich dort wohnen bleiben soll*“ (Rebecca, 1431ff.). Vor allem im Hinblick auf

therapeutische Jugendwohngruppen beobachtet Meybohm (2005), dass Hilfen oft nur über einen kurzen Zeitraum bewilligt werden, Hilfekonferenzen in knappen Abständen einberaumt werden und so der Veränderungsdruck für die Jugendlichen steigt (ebd.: 86). Rebecca: *„ab jetzt musste ich auf einmal **gesund** sein oder **so** gesund sein, dass ich eine andere [...] Einrichtung halt leben kann und (2). da hatte ich wieder das Gefühl es wird nicht **gesehen**, was da eigentlich ist [...] das war eine **doofe** Zeit, das hat mich auch sehr unter **Druck** gesetzt“* (Rebecca, 1240 ff.). Die persönliche Vorstellung Rebeccas steht hier konträr zu den institutionellen Interessen der „Helfenden“. Maßnahmeentscheidungen werden schließlich weniger auf ihr individuelles Bedürfnis, sondern vornehmlich auf die organisatorischen Anliegen des Jugendamts abgestimmt (vgl. Henkel/ Schnapka/ Schrapper, 2002: 123; Becker/ Koch, 1999: 89).

Ähnlich weisen die Ergebnisse der Katamnese Studie (2009) darauf hin, dass die real von der Jugendhilfe ermöglichten Zeiträume für stark problembelastete Jugendliche oft zu kurz sind, um den Sozialisationsprozess konstruktiv zu beenden. Eine vorzeitige oder plötzliche Beendigung der Maßnahme kann darüber hinaus zu schweren Rückfällen der Jugendlichen führen (Gahleitner/ Krause/ Rosemeier, 2009: 45). Auch Rebecca muss schließlich überraschend von der TWG in eine andere Einrichtung umziehen: *„Dann ging das alles ganz schnell, zusammengepackt und raus bin ich da [...]. Ich habe genau einen Tag dort durchgehalten und am nächsten Tag [...] bin ich eingewiesen worden und da fing sofort wieder dieser Kreislauf, also diese Drehtür an (2). [...] Dann hieß es, es soll ein neuer Platz für mich gesucht werden, mittelfristig und ich bin wieder entlassen worden. Dann gab es sozusagen den **Knall**, ich hatte wieder einen Suizidversuch.“* (Rebecca, 251 ff.). Die Wichtigkeit Hilfen sinnvoll aufeinander abzustimmen und Übergänge sorgfältig zu planen und vorzubereiten wird am Beispiel Rebeccas ebenso deutlich wie in den Ergebnissen der JULE-Studie (BMFSJ, 1998: 27).

Die Herausforderung aller Hilfesysteme besteht nach Hamberger (2008) darin, trotz verwaltungsmäßiger Aufgabenstellungen und Organisationsinteressen, die Besonderheiten der einzelnen jungen Menschen zu beachten (vgl. ebd.: 347).

## IV SCHLUSSTEIL

Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit der Schnittstelle der beiden Systeme Kinder- und Jugendpsychiatrie und der stationären Jugendhilfe. Wie erleben Jugendliche Hilfeprozesse innerhalb dieser Systeme? Welche Faktoren begünstigen und/ oder beschränken die Wirksamkeit der professionellen Praxis? So lauteten die Ausgangsfragen, die sich zu Beginn dieser Arbeit stellten. Zur Annäherung an diese Fragen wurden zunächst die Aufgabenbereiche, rechtliche Grundlagen, strukturelle Gegebenheiten und spezifische stationäre Einrichtungen beider Disziplinen theoretisch vorgestellt. Durch die Benennung theoretischer Aspekte, die die gemeinsame Arbeit der Institutionen teilweise blockieren oder auch begünstigen, stellte sich vor allem die Notwendigkeit eines koordinierten (Zusammen-)Wirkens heraus. Im empirischen Teil wurden die biografischen Erfahrungen und Einschätzungen zweier Adressatinnen dargelegt, welche anschließend ebenbürtig mit der vermeintlichen Fach- und Sachkenntnis verbunden und diskutiert werden konnten, um so Rückschlüsse für die professionelle Praxis ziehen zu können. Bei der Beantwortung der Forschungsfragen wurde deutlich, dass sowohl individuelle Beziehungen zwischen Fachkräften und Jugendlichen sowie ihre Beteiligungs(-un-)möglichkeiten als auch institutionelle Strukturen die Qualität von Hilfeprozessen beeinflussen.

Die Schlussfolgerungen, welche sich für die sozialarbeiterische und sozialpolitische Praxis ergeben und die Erkenntnisgewinne, welche sich im Rahmen dieser Arbeit entwickelten, sollen die Ausführungen im Folgenden abschließen.

### 8 FAZIT

Im Laufe des Forschungs- und Arbeitsprozesses kristallisierte sich eine Reihe von Forderungen heraus, welche zum Zweck eines gelingenden Hilfeverlaufs Berücksichtigung finden sollten:

Für die Fachkräfte, die in den Bereichen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig sind, ergeben sich diverse Anforderungen bezüglich ihrer professionellen Kompetenzen. Insbesondere bei der pädagogischen Arbeit mit psychisch belasteten und traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist ein fachübergreifendes Wissen über die besonderen Lebensbedingungen und die speziellen Bedürfnisse der Adressat\_innen notwendig. Zahlreiche Veröffentlichungen formulieren diesen Anspruch bereits. Dabei ist sowohl die interdisziplinäre Vernetzung von Wissensbeständen beziehungsweise Fachleuten

als auch eine andauernde persönliche Fort- und Weiterbildung der Helfenden dienlich. Weiterhin sind, vor allem im Rahmen der Hilfeplanung, kommunikative Fertigkeiten notwendig, um einen offenen und für die jungen Menschen angenehmen Rahmen für Aushandlungsprozesse zu schaffen. Insbesondere aber erfordert der Umgang mit den jungen Menschen in jeglichen Fachbereichen ein hohes Maß an sozialen Fähigkeiten. Grundsätzlich bilden hierbei der Aufbau und die Sicherung verlässlicher und vertrauensvoller Beziehungen in Hilfeprozessen die Basis für eine positive Veränderung und Entwicklung der jungen Menschen. Wichtige Grundfeste dieser stabilisierenden Beziehungsarbeit sind: menschliche Zugewandtheit, Sensibilität und Feingefühl, ein Sich-Zeit-nehmen, der behutsame Umgang mit den eigenen Deutungen und die Kontinuität des Vertrauensangebots. Ein professioneller Perfektionismus und eine uneingeschränkte, stets fehlerfreie Erfüllung dieser Forderungen grenzen jedoch an eine realitätsferne Utopie. So müssen sich Praktiker\_innen ihrer persönlichen Grenzen sicher sein, um Überforderungssituationen vermeiden beziehungsweise diese anschließend bearbeiten zu können. Möglichkeiten zur Erhaltung und Pflege der eigenen psychischen Gesundheit von Mitarbeitenden müssen demnach gegeben sein und schließlich auch dringend genutzt werden. Die eigene Handlungsfähigkeit in der Arbeit zu erhalten, ist ein wichtiges Ziel, welches vornehmlich durch die Reflexion und kritische Betrachtung des eigenen Handelns angestrebt werden kann und muss.

Gerade die Untersuchungen der Hilfeverläufe von Rebecca und Anne machen sichtbar, dass eine tatsächliche Garantie zur Partizipation trotz gesetzlicher Verankerungen von Beteiligungsrechten junger Menschen, vor allem im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich nicht immer vorhanden war. Doch wie sollen sich Orientierung suchende junge Menschen zu autonomen und unabhängigen Individuen entwickeln können, wenn doch das Hilfesystem ihre persönlichen Rechte nicht ausreichend respektiert? Für eine zufrieden stellende und stärkende Hilfe- und Selbsterfahrung ist es demzufolge dringend notwendig, die Jugendlichen als Gesprächspartner\_innen und Kritiker\_innen ernst zu nehmen. Nur wenn junge Menschen spüren, dass ihre Meinung eine Rolle spielt und etwas bewirkt, können sie meines Erachtens ein Selbstbewusstsein und eine Stärke entwickeln, die sie auf die Anforderungen des Lebens vorbereitet. Daraus ergibt sich die wichtige Verantwortung der Helfenden die Adressat\_innen über ihre Rechte zu informieren, ihnen eine Stimme zu geben und diese zu integrieren. Strukturelle Machtungleichheiten zwischen Hilfeempfangenden und Hilfe anbietenden müssen vermieden oder mindestens transparent gestaltet werden, denn nur so haben die Adressat\_innen eine Chance innerhalb dieser hierarchischen Gefälle selbstbestimmter zu agieren.



Auf struktureller Ebene der Jugendhilfe ergeben sich weiterhin auch politische Folgerungen: So wurde besonders bei der Untersuchung des Hilfeverlaufs von Rebecca sichtbar, dass die Steuerung der Hilfen mehr und mehr finanziellen Vorgaben unterliegt. Die Stichworte Budgetierung und Effizienz gewinnen im Bereich der Sozialen Arbeit zunehmend an Gewicht. 'Gut ist, was wenig kostet'. So wird die (vor allem finanzielle) Verantwortung zwischen den unterschiedlichen Institutionen, die der Sozialstaat zu bieten hat, hin und her delegiert. Das Ergebnis dieses Hergangs ist schließlich, dass die individuellen Bedürfnisse der Adressat\_innen gedeckelt werden und Schicksale im Strudel der Institutionen untergehen. Ist es zu gewagt zu fragen, ob doch der zweite Suizidversuch Rebeccas im Auf und Ab der Helfelandschaft nicht vielleicht auch als Hilferuf interpretiert werden könnte? Das Steuern von Institutionen hat auch Auswirkung auf Menschen wie Rebecca. An diesem Punkt stellt sich weiter für mich die Frage welchen eigenen politischen Anspruch die Soziale Arbeit hierbei noch verfolgt oder schon vernachlässigt? Sollte nicht vielmehr eine advokatorische Interessenvertretung der Adressat\_innen im Vordergrund stehen als die Umsetzung wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Belange im Sinne einer Ökonomisierung und Normalisierung? Ohne dieser, eher rhetorisch gestellten Frage eine Antwort geben zu müssen, ergeben sich meinerseits die Forderungen an die sozialarbeiterische Praxis, sich der derzeitigen Tendenzen bewusst zu werden, sich von den Strukturzwängen zu distanzieren und den eigenen politischen Anspruch im Sinne einer menschengerechten Parteilichkeit zu definieren.

Entgegen meinen anfänglichen Erwartungen spielte die Kommunikation zwischen stationärer Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in den Erzählungen der Befragten letztlich eine untergeordnete Rolle. Über die Kooperation der beiden Systeme und die damit einhergehenden Vor- oder Nachteile konnten die beiden jungen Frauen lediglich Vermutungen anstellen. Die Erkenntnis, die ich aus dieser Beobachtung gewinne, ist nicht, dass ein Zusammenwirken der verschiedenen Hilfeinrichtungen für die Adressat\_innen unbedeutend ist. Vielmehr ergibt sich dabei einerseits die Schlussfolgerung, dass ein interdisziplinärer Austausch für die jungen Menschen wenig transparent gestaltet und somit kaum erfahrbar wurde. Und/ oder ist es so, dass andererseits eine Kooperation unter den Institutionen bislang nur eine Forderung bleibt und in der Praxis bisher wenig aktiviert wurde? Eine wissenschaftliche Antwort diesbezüglich steht noch aus. Zu Gunsten der gemeinsamen Auftraggeber\_innen sollte jedoch ein abgestimmtes und vorurteilsfreies 'Zusammen-Wirken' im Sinne eines fachübergreifenden, sich ergänzenden Fallverstehens vermehrt praktisch integriert werden. Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie sollten weniger Kraft in die Profilierung und Rechtfertigung der eigenen Praxis investieren als die Bemühungen die jeweiligen Ressourcen wechselseitig zu respektieren, zu verstehen und zu

nutzen. Konkret kann dies beispielsweise die gegenseitige Beratung, die gemeinsame Weiterbildung oder wechselseitige Hospitation beinhalten.

Aus all den benannten Punkten begründet sich die Notwendigkeit und Wichtigkeit professionelles Handeln auf allen Ebenen zu prüfen und zu reflektieren. Eine wachsende Aufmerksamkeit für Fehlleistungen und der ihnen zugrunde liegenden Ursachenzusammenhänge ermöglicht eine Kultur des Lernens und Weiterentwickelns. Dabei spielt die Evaluation von Hilfeverläufen und vor allem die Adressat\_innenforschung eine wesentliche Rolle. Nur wenn die Perspektive der Hilfenutzenden in die Fachdiskussion eingebunden ist, kann eine ganzheitliche Beurteilung von Hilfeprozessen stattfinden. Dabei muss jedoch auch klar sein, dass Forscher\_innen keinesfalls immer das Versprechen der absoluten Neutralität halten können, sondern immer auch eigene Interessen verfolgen.

Weiterhin wurde für mich im Laufe des Forschungsprozesses deutlich, dass es mir im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, die gesamte Komplexität der Hilfeerfahrungen der Jugendlichen an der Schnittstelle Jugendhilfe/ Jugendpsychiatrie zu beleuchten. So konnte ich anderen erwähnten Themen, wie beispielsweise der persönlichen Bedeutung psychiatrischer Diagnosen für die Jugendlichen, Stigmatisierungs- und Ausgrenzungserfahrungen oder Gruppendynamiken, kein hinreichendes Forum bieten. Die Relevanz dieser Aspekte soll damit jedoch keinesfalls ausgeklammert werden. Außerdem möchte ich darauf hinweisen, dass die Erfahrungen, welche die jungen Frauen in der Therapeutischen Wohngruppe gesammelt haben, nicht stellvertretend für den gesamten Sektor der stationären Jugendhilfe stehen können. Ebenso wenig sollten die Ergebnisse generalisierte Rückschlüsse über die Meinungen anderer jugendlicher Adressat\_innen zulassen.

Abschließend bleibt zu sagen, dass ich den Forschungsprozess mit der Durchführung und Auswertung der Interviews und der Bezugnahme auf die theoretischen Annahmen als besonders spannend und gewinnbringend für meine eigene pädagogische Arbeit mit den Jugendlichen in der TWG erlebt habe. Durch die Erkenntnisse und Forderungen, die sich im Rahmen dieser Arbeit ergaben, kann ich meine praktische Tätigkeit tiefgreifender reflektieren und ein sensibles Verständnis für die Bedürfnisse und Rechte der Jugendlichen weiter entwickeln.

## LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

- Ader, S. (2007): *"Wissen um die eigene Wirkung" : von der Bedeutsamkeit professioneller und institutioneller Deutungskompetenz und Reflexivität.* In: Jugendhilfe; Jg. 45, 2007, Nr. 4, S. 187-19
- Ader, S. (2004): *„Besonders schwierige“ Kinde: Unverstanden und instrumentalisiert.* In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (Hrsg.) (2001): *10. AGJ- Gespräch. Schwierigkeiten und Chancen im Verhältnis von Psychiatrie und Jugendhilfe.* Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe.
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (2005): *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin.* Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin. (2008): *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe.* Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin. (2009): *KATA-TWG. Abschlussbericht der Katamnesestudie therapeutischer Wohngruppen in Berlin.* Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Averbeck, B.; Hermans, B. (2008): *Vom Wagnis der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie.* In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, 26(3), 187-193.
- Baving, Lioba (2002). *Im Spannungsfeld zwischen Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe.* In: Forum Erziehungshilfen, 8(5), 280-286.
- Beck, N. (2008): *Die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbessern: zur Ausgestaltung der Kooperation zwischen Kinder-/ Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe.* In: Dialog Erziehungshilfe (Nr. 4), S. 15-25
- Becker, Peter (1999): *Was ist normal? Normalitätskonstruktionen in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie.* Weinheim und München: Juventa- Verlag.
- Besier, T.; Goldbeck, L. (2007): *Psychosoziale Rehabilitation von Jugendlichen: Zwischen Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe.* In Franz Petermann (Hrsg.), *Medizinische Rehabilitation von Jugendlichen* (S. 175-192). Regensburg: Roderer.
- Bitzan, M.; Bolay, E.; Thiersch, H. (Hrsg.) (2006): *Die Stimme der Adressaten. Empirische Forschung über Erfahrungen von Mädchen und Jungen mit der Jugendhilfe.* Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Blandow, J. (1990). *Scheitert ein ganzheitlicher, lebensweltorientierter Hilfeansatz an der Konkurrenz von Institutionen und Professionen?* In: Gintzel, U.; Schone, R. (Hrsg.) (1990). *Zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie. Konzepte – Methoden – Rechtsgrundlagen* (S.8-20). Münster: Votum.

- Blandow, J. (2004): *Vollzeitpflege und Heimerziehung*. In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- BMFSFJ (Hrsg.) (1998): *Achter Kinder- und Jugendbericht*. Berlin
- Brünger, M. (2004): *Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Daigler, C. (2000): *Beteiligung von Mädchen und Jungen im Hilfeprozess*. In: Schriftenreihe EREV ; Jg. 41, 2000, Nr. 2, S. 36-68
- Darius, S.; Hellwig, I. (2004): *Zur Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Befunde und Empfehlungen aus einem Forschungs- und Entwicklungsprojekt in Rheinland Pfalz*. In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Denner, Silvia (2008): *Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dörner, K.; Plog, U. (1996): *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Du Bois, R. (2004): *Historische Trennlinien und Berührungspunkte zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Düll- Esse, U.; Säckinger, M. (2005): *Partizipation als fachliche Herausforderung*. In: Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (2005): *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Egel, A.; Rosemeier, C.-P. (2008): *Gruppenleben – Struktur, Dynamik und Interventionen*. In: Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin. (2008): *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe*. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Egel, A.; Strutzke, A. (2008): *Haltgebende Strukturen gegen das innere Chaos – Theorie und Praxis des therapeutischen Milieus*. In: Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin. (2008): *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe*. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Fegert, J. (1994): *Was ist seelische Behinderung? Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35a KJHG*. Münster: Votum.
- Fegert, J. (2005): *Information und Partizipation von Kindern und Jugendlichen bei Behandlungsentscheidungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In: Frühe Kindheit; Jg. 8, 2005, Nr. 5, S. 29-31

- Fegert, J., Besier, T.; Goldbeck, L. (2008): *Positionspapier: Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe*. In: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 15(1), 103-110.
- Fegert, Jörg M.; Schrapper, Christian (2004): *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Freese, Werner, Holz, Michael & Adam, Signe (2009). *Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ in der Region Berlin Südwest. Abschlussbericht des Modellprojekts*. Berlin: Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg.
- Fröhlich- Gildhoff, K. (2007): *Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. In: Klinische Sozialarbeit ; Jg. 3, 2007, Nr. 4, S. 9-11
- Gahleitner, S. (2009): *Forschen für eine bessere Jugendhilfe: Kriterium muss die Orientierung am Blickwinkel der jungen Menschen sein*. In: Blätter der Wohlfahrtspflege; Jg. 156, 2009, Nr. 2, S. 61-63
- Gahleitner, S. (2007): *Überlegungen zur Bindungstheorie als Ausgangspunkt für eine professionelle Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit*. In: Klinische Sozialarbeit ; Jg. 3, 2007, Nr. 4, S. 4-6
- Gahleitner, S. (2005): *Halbstrukturierte Erhebungsmethoden am Beispiel Problemzentrierter Interviews im Bereich Klinischer Sozialarbeit*, In: Gahleitner, S.; Gerull, S.; Begona P. u.a (Hrsg.): *Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung*, Uckerland, S. 42 –52
- Gahleitner, S. (2005): *Die Qualitative Inhaltsanalyse als flexible Auswertungsmethode in der Sozialarbeitsforschung*. In: Gahleitner, S.; Gerull, S.; Begona P. u.a (Hrsg.): *Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung*, Uckerland, S. 53 – 63
- Gahleitner, S. (2008): *‘Emotional korrigierende Erfahrungen’ - Kernkonzept des ‘therapeutischen Milieus’ in TWGs*. In: Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin. (2008): *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe*. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Gahleitner, S.; Ossola, E.; Mudersbach, A. (2005): *Das T in der TWG: Interdisziplinäre Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen im sozialtherapeutischen Kontext*. In: Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (2005): *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Hamberger, M. (2008): *Erziehungshelferkarrieren – belastete Lebensgeschichten und professionelle Weichenstellungen*. Frankfurt am Main: IGfH – Eigenverlag.
- Heiner, M. (2004): *Professionalität in der sozialen Arbeit. Theoretische Konzepte, Modelle und empirische Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Henkel, J.; Schnapka, M.; Schrapper, Ch. (2002): *Was tun mit schwierigen Kindern. Sozialpädagogisches Verstehen und Handeln in der Jugendhilfe*. Münster: Votum.

- Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.) (1989): *Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Zwischen Konkurrenz und Kooperation*. Münster: Votum.
- Jungmann, J. (2004): *Gemeinsame Fehler bei der Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie*. In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Kalter, B. (2004): „Besonders schwierig“, „psychisch krank“ oder „seelisch behindert“ – um welche Kinder und Jugendliche geht es? In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Konopka, L.; Keller, F.; Naumann, A. (2004): *Behandlungszufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Köttgen, Charlotte (2007): *Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe*. Frankfurt am Main: IGfH- Eigenverlag.
- Köttgen, Charlotte; Kretzer, Dieter; Richter, Stephan (1990): *Aus dem Rahmen fallen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung und Psychiatrie*. Bonn, Psychiatrie- Verlag.
- Kriener, M. (2000): *Beteiligungsrechte von Mädchen und Jungen in der Jugendhilfe: Parteilichkeit als professionelle Strategie*. In: Hartwig/ Merchel (2000): *Parteilichkeit in der Sozialen Arbeit*. Münster: Waxmann Verlag.
- Kriener, M.; Wilting, K. (2004): *Partizipation von Mädchen und Jungen – Beteiligungschancen in der Erziehungshilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Küchenhoff, J.; Mahrer Klemperer (2009): *Psychotherapie im psychiatrischen Alltag. Die Arbeit an der therapeutischen Beziehung*. Stuttgart. Schattauer.
- Kultscher, S. (2004): *"Gras wächst auch nicht schneller, wenn man daran zieht"*. In: Forum Erziehungshilfen; Jg. 10, 2004, Nr. 5, S. 265-268
- Libal, G.; Fegert, J. (2004): *Behandlungs- und Hilfeformen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie. Ein einführender Überblick*. In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Lindauer, U. (2005): *Das therapeutische Milieu der Jugendwohngruppen*. In: Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (2005): *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Meybohm, U. (2005): *Die Situation der Berliner Jugendhilfe für psychisch beeinträchtigte Jugendliche und junge Erwachsene in therapeutischen Jugendwohngemeinschaften*. In: Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (2005): *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen*

*Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin.* Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.

- Macsenaere, M. & Herrmann, T. (2004). Klientel, Ausgangslage und Wirkungen in den Hilfen zur Erziehung. *unsere jugend*, 56 (1), 32-42.
- Mayring, Philip (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken (5. überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz.
- Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse/ Grundlagen und Techniken (10. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz.
- Mengedoth, R.(2005): „Macht doch einfach, was wir sagen!“ oder wie die Kooperation in akuten Krisen zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie wirklich gelingen kann *Evangelische Jugendhilfe (Jg.82, Nr. 2), S. 98-102*
- Peukert, R. (2009): Hilfen für die „besonders Schwierigen“ – es geht nur gemeinsam: Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe braucht Zeit. *Kerbe (Jg. 27, Nr. 2), S. 26 – 27*
- Pies, S. (2004): *Erleben und Erwartungen von Kindern und Jugendlichen zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie.* In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Pies, S.; Schrapper, Ch. (2004): *Hilfeplanung.* In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Post, W. (2002): *Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe.* Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Redl, F. (1971): *Erziehung schwieriger Kinder. Beiträge zu einer psychotherapeutisch orientierten Pädagogik.* München: Pieper.
- Reuter, A.; Schmude, M. (2005): *Übergaben, Übergänge – Kooperationsprobleme zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken und Einrichtungen der Jugendhilfe.* In: Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (2005): *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin.* Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Rosemeier, C.-P.; Lopes, A.; Gerstenberger, J.; Scheel, V. (2005): *Beziehungsarbeit im pädagogischen Alltag – Mögliches und Unmögliches.* In: Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (2005): *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin.* Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Rothärmel, S.; Dippold, I.; Wiethoff, K.; Wolfslast, G.; Fegert, J. (2006): *Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.* Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Rotthaus, W. (2007): *Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie: ist eine Verständigung zwischen den Systemen möglich?* In: Schriftenreihe EREV (Jg. 48, Nr. 2), S. 24-32
- Schleiffer, R. (2007): *Der heimliche Wunsch nach Nähe: Bindungstheorie und Heimerziehung.* Weinheim und München: Juventa Verlag.

- Schmid, M. (2007): *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Schmidt, M. H., Schneider, K., Hohm, E., Pickartz, A., Macsenaere, M., Petermann, F. et al. (2002): *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schone, R. (2004): *Das System Jugendhilfe im Überblick*. In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (2003): *Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule*. Berlin.
- Senckel, B. (2007): *Das sicher gebundene Kind - ein Ziel für die stationäre Heimerziehung?* In: Unsere Jugend; Jg. 59, 2007, Nr. 2, S. 61-69
- Stanulla, I. (2004): *Trautes Heim?: über den Vertrauensaufbau in der Heimerziehung*. In: Unsere Jugend ; Jg. 56, 2004, Nr. 1, S. 3-13
- Starke, W.; Onken, M.; Tornow, H. (2009): *Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie. Integrativ denken, kooperativ handeln*. In: Kerbe (Jg. 27, Nr. 2), S. 21-23
- Stork, R. (2007): *Kann Heimerziehung demokratisch sein? Eine qualitative Studie zum Partizipationskonzept im Spannungsfeld von Theorie und Praxis*. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Trost, M. (2007): *Zwei Welten treffen aufeinander: Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und öffentlicher Jugendhilfe ist manchmal schwierig*. In: Forum Sozialarbeit und Gesundheit (Nr. 2), S. 6-8
- Weiß, W. (2008): *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Wiesner, R. (2004): *Rechtliche Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe*. In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Wiesner, R. (2004): *Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§35a SGB VIII)*. In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Wiethoff, K. (2004): *Psychiatrie aus Sicht minderjähriger PatientInnen*. In: Forum Erziehungshilfen ; Jg. 10, 2004, Nr. 1, S. 22-27
- Wiethoff, K.; Dippold, I.; Fegert, J. (2004): *Patienteninformation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Wiethoff, K., Dippold, I., Rothärmel, S., Wolfslast, G., Konopka, L., Naumann, A., Keller, F. & Fegert, J.M. (2003): *"Ich durfte ja nichts sagen, ich musste hier rein" - Bedingungen und Folgen der stationären Aufnahme aus der Sicht minderjähriger*



*Patienten*. In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.): *Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (S. 89-104). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Wildermuth, M. (2007): Kooperation als Notwendigkeit und Interesse: wie können wir gemeinsames Verstehen und unterschiedliche Aufgabenstellung zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie bis an das Organisatorische gestalten? *Schriftenreihe EREV (Jg. 48, Nr. 2), S. 42-51*

## INTERNETQUELLENVERZEICHNIS

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales: *Sozialgesetzbuch (SGB) – Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe*. (Rechtsstand 1. Mai 2010). Online im Internet: <http://gesetze.bmas.de/Gesetze/gesetze.htm> [10.05.2010]
- Dresing, T.; Pehl- Stand, T. (2010): Wie transkribiert man auf einem Computer Online im Internet: <http://www.audiotranskription.de/deutsch/transkription/ueberblick---so-transkribiert-man/so-transkribiert-man-einleitung.html> [15.02.2010]
- Krüger, Paula/ Imke K. Meyer (2007): Eine Reise durch die Grounded Theory. Forum qualitativer Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research [On-line-Journal], 8(1). Online im Internet: <http://qualitative-research.net/fqs> [12.03.2009]
- Lamm, Thomas; Treeß, Helga (2002). *Fortschritt statt Rückschritt in der Kinder- und Jugendhilfe - Eckpunkte für notwendige fachliche Reformen*. Online-Publikation. Online im Internet: <http://www.rauheshaus.de/fach-forum/veroeffentlichungen/kinder-und-jugendhilfe/kinder-und-jugendpolitik/fortschritt-statt-rueckschritt-in-der-kinder-und-jugendhilfe/> [19.05.2010]
- Mayring, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research [On-line-Journal], 1(2). Online im Internet: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.html> [16.03.2010]
- Naumann, A.; Konopka, L.; Keller, F.; Löble, M.; Felbel, D. (2001): Patientenzufriedenheit in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen. Umfrage – Ergebnisse und Entwicklung eines Fragebogens. In: *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (2001, Nr. 1), Online im Internet: [http://www.bkipp.de/index.php5?x=/for101\\_zufriedenheit.php5&](http://www.bkipp.de/index.php5?x=/for101_zufriedenheit.php5&) [03.05.2010]
- Wiethoff K.; et. al. (2010): „Ich durfte ja nichts sagen, ich musste hier rein.“ Bedingungen und Folgen der stationären Aufnahme aus Sicht der minderjährigen Patienten: Online im Internet: [http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder\\_Jugendpsychiatrie/Poster/be\\_wiethoff.pdf](http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Poster/be_wiethoff.pdf) [02.06.2010]
- Witzel, Andreas (2000): Das Problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research [On-line-Journal], 1(1). Online im Internet: <http://qualitative-research.net/fqs> [11.03.2010]