

# BEIDSEITIG GEPFLEGTE „FEINDSCHAFT“ ZWISCHEN JUGENDHILFE UND KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE | Überlegungen zu einer Bezie- hungsdynamik

Marie-Luise Conen

**Zusammenfassung** | Der allgemein geforderten Verbesserung einer Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine Analyse der Ursachen und Problemebenen, die bisher Kooperationen zwischen beiden Arbeitsbereichen erschwerten, voranzustellen. Im Beitrag werden dazu sowohl das Selbstverständnis als auch die Dynamiken zwischen beiden Arbeitsfeldern betrachtet und die Notwendigkeit eines erhöhten Selbstbewusstseins der Jugendhilfe abgeleitet.

**Abstract** | The demanded improvement of collaboration between youth welfare and child psychiatry needs to be preceded by an analysis of the causes and problem layers impeding this cooperation. Self-concepts as well as dynamics between both fields of work are described and the necessity of an elevated self-concept of youth welfare is derived.

**Schlüsselwörter** ► Jugendhilfe  
► Psychiatrie ► Kooperation ► Rolle  
► Systemsprenger

**Beispiel** | 1978 – in der großen Fallbesprechung an der ich in einem heilpädagogischen Mädchenheim teilnahm, wird die 15-jährige Chris besprochen. Sie ist häufig abgängig, kommt regelmäßig nach der Schule nicht direkt ins Heim zurück (stattdessen verbringt sie ihre Nachmittage bei ihrer Mutter und ihren Geschwistern), schlägt hin und wieder ihre Mutter, ihre Mutter drischt vor allem bei starkem Alkoholkonsum auf ihre älteste Tochter ein (wird erst später bekannt). Chris ist stark adipös, kennt kaum ein Innehalten beim Essen, pflegt sich und ihr Äußeres nicht regelmäßig. Ihr starker Körpergeruch und ihre unberechenbaren Wutausbrüche führen zu einer durchgängigen Ablehnung von ihr in der Wohngruppe. Bemühungen, das Mädchen von der ständig alkoholisiert anrufenden

Mutter zu trennen, scheitern immer wieder<sup>1</sup>. Die Gruppenmitarbeiter:innen sind ratlos.

Nach Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Diagnostik kommt nach Wochen des ungeduldrigen Wartens endlich der Befund der Klinik. Und die Enttäuschung der Mitarbeitenden ist groß: 30 Seiten der Epikrise umfasste die Darlegung der Anamnese, Diagnostik und Prognose. In Bezug auf Empfehlungen für die Weiterbehandlung gab es nur zwei Kernaussagen: Trennung des Mädchens von der Mutter und Weiterführung der Unterbringung in einem Kinderheim. Die Äußerungen der Mitarbeitenden reichten von „Das hätten wir uns auch sparen können“ bis hin zu „Das wissen wir auch ohne die“. Die Epikrise wurde ohne Gespräche mit Mitarbeitenden der Wohngruppe erstellt.

Im Unterschied zu vielen heute erstellten Epikrisen konnte man aufgrund der epischen Längen die Befunde noch nachvollziehen, aber eben auch zu anderen Interpretationen gelangen. Heutzutage sind Schlussfolgerungen immer wieder kaum nachvollziehbar und zeugen von einem Mangel an Kreativität insbesondere bei den Empfehlungen, in denen „hochstrukturierte Angebote mit klaren Regeln“ und damit das Aufzwingen eines institutionellen Willens nahegelegt werden.

Als uns Mitarbeitenden klar wurde, dass diese Epikrisen auch den notwendigen Nachweisen in der Facharztausbildung dienten, traten Diskussionen in den Vordergrund, was die Einrichtung – damals ausgestattet mit mehreren gruppenübergreifend tätigen Psycholog:innen und Spezialtherapeut:innen – selbst leisten könnte, um den betreffenden Mädchen eine Hilfe zu sein.

Damit setzte eine gewisse „Emanzipation“ von diesen Befunden ein, die von den gruppenübergreifenden Fachkräften eher gesucht wurde als von den Frontworkern in den Gruppen. Denn diese waren tagtäglich mit den verschiedensten Ausdrucksformen von Hoffnungslosigkeit, Wut, Sehnsüchten und Ohnmacht der Jugendlichen konfrontiert und suchten in

<sup>1</sup> Aufgrund meiner US-Arbeitserfahrungen mit sexuell missbrauchten Mädchen in einem Kinderheim vermutete ich auch einen Missbrauch des Mädchens durch seinen Stiefvater und, dass das Mädchen jeden Tag nach Hause ging, um irgendwie dafür zu sorgen, dass ihre jüngeren Schwestern nicht ebenfalls missbraucht würden – eine Sichtweise, die damals in der Fachwelt nicht üblich war.

## Afgunst

der vermeintlichen Kompetenz von Dritten (Conen 1990) – das heißt Spezialist:innen – die Lösung der Probleme. Zu ihrer wiederholten Enttäuschung wurden sie jedoch immer wieder mit den „Beschränkungen“ dieser Kompetenzen konfrontiert. Dies zog regelmäßig die Abwertung der Spezialist:innen (auch gegenüber spezialisierten Fachkräften innerhalb der gleichen Einrichtung) nach sich: Die wissen es auch nicht besser.

**Historische Zusammenhänge** | Diese Grundstruktur in den Problemen der Zusammenarbeit zwischen Jugendhelfemitarbeitenden und Kinder- und Jugendpsychiater:innen bestehen historisch betrachtet schon seit Jahrzehnten. Unter anderem mit der Einführung des Ersten Fürsorgeerziehungsgesetzes im Jahr 1900 und der Gründung von Jugendämtern in der Weimarer Republik, stellte sich auch die Jugendhilfe den sozialen Herausforderungen und Verwerfungen, die die Entwicklung der Moderne mit sich brachte – dies jedoch aus einem Erziehungsgedanken heraus. Schon August Aichhorn (1925) suchte nach einer Verbindung von Psychiatrie/Psychoanalyse und Pädagogik beziehungsweise Heimerziehung und damit einer Verknüpfung von Behandlung und Erziehung. Die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie war jedoch mit einer Schwerpunktbildung hin zu Diagnostik und gegebenenfalls – medikamentöser – Behandlung „psychischer Erkrankungen“ (Frances 2013) verbunden. Allerdings waren in beiden Arbeitsfeldern Methoden und Vorgehensweisen von einer paternalistischen bis hin zu Stigmatisierungen fördernden Grundhaltung geprägt, die insbesondere in der Zeit des Nationalsozialismus, aber auch noch bis in die 1960er Jahre überwogte.

Zahlreiche von der Heimkampagne aufgedeckte Skandale in Heimen und jugendpsychiatrischen Kliniken in den 1960er und 1970er Jahren (vgl. u.a. Meinhof 1987) führten zur „Heimkampagne“. Diese (auch) öffentlichkeitswirksame Kritik durch die „Heimkampagne“, die deutlich die bisherige Deutungshoheit der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei „Verwahrlosungen“ hinterfragte, beanspruchte nunmehr für sich ebenfalls eine eigene Deutung von sozial unerwünschtem Verhalten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Der seitdem bestehende Interessenskonflikt setzt sich bis heute fort, insbesondere in den Auseinandersetzungen der beiden Professionsbereiche um die Geschlossene Unterbringung (Tetzer 2015, AGJ 2018).

Vor wenigen Wochen geisterten wieder einmal Berichte über die unglaublich niedrigen Steuerzahlungen Superreicher durch die bunten Seiten der Medien. Quelle war diesmal das renommierte US-Investigativ-Netzwerk Pro Publica. Unternehmer wie Jeff Bezos, Elon Musk oder Warren Buffet würden kaum Einkommensteuer zahlen, so der Vorwurf. „Kalter Kaffee“, kommentierte dies im Wirtschaftsmagazin Capital Steuerforscher Stefan Bach vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). Warren Buffet habe schon früher gern damit gescherzt, dass seine Sekretärin einen höheren Steuersatz habe als er. Die wahre Ungerechtigkeit, so der DIW-Experte, sei weniger, dass sehr wohlhabende Menschen oft kaum Einkommensteuer zahlen, sondern vielmehr, dass sie bei der Vermögensbildung zu stark steuerlich geschont würden.

Was macht überhaupt eine Nachricht wie die der tatsächlichen oder vermeintlichen Steuerbegünstigung „Superreicher“ mit uns, wenn wir sie lesen oder hören? „Wohl nichts ist so zerstörerisch für den Menschen, wie das Gefühl, zu kurz zu kommen“, warnte der Jesuit Klaus Mertes vor einigen Jahren bei einer Ansprache vor Schüler:innen und Eltern am Berliner Canisius-Kolleg, das er damals leitete. Diese Erfahrung können sicher viele von uns bestätigen. Umso verwerflicher ist es, dass Boulevardmedien wie in Deutschland insbesondere die BILD-Zeitung systematisch genau dieses flammende „Gefühl“ des Zu-kurz-kommens bei den unterschiedlichsten Gelegenheiten anfachen und geradezu schüren.

Ein sehr informativer Online-Bertrag, den Christian von Scheve, Thomas Stodulka und Julia Schmidt 2013 für die Bundeszentrale für politische Bildung verfasst haben, seziert sehr sorgfältig und umfassend das Gefühl des „Neids“, grenzt ihn ab vom Befund der Ungerechtigkeit und beleuchtet auch die positiven Seiten des Neidgefühls, die am ehesten wohl der Begriff des „Eifers“ ausdrückt. Der positiven Eigenschaft eines anderen Menschen nachzueifern, ihn um etwas Erstrebenswertes zu „beneiden“ ist das eine, einem anderen Menschen etwas Schönes zu neiden ist das andere. Die Niederländer haben dafür ein sehr sprechendes Wort – Afgunst.

Burkhard Wilke  
wilke@dzi.de

Der Streit darum, wer bei Kindern und Jugendlichen mit auffälligem Verhalten am besten weiß, was in Betreuung oder Behandlung getan werden muss beziehungsweise sollte, schlägt sich in zahllosen Diskussionen bei Fallbesprechungen nieder.

Jugendhilfe in ihrer heutigen Grundidee ist nicht mehr geprägt von Versuchen der Kontrolle von Kindern und ihren Familien, sondern stellt als Beratungsprofession deren Partizipation in den Mittelpunkt. Die Mitarbeitenden der Jugendhilfe sind bestrebt, „bei der Selbstbefähigung, der Überwindung von Konflikten und Belastungen und der Ermöglichung einer förderlichen Entwicklung zu helfen“ (AGJ 2018, S. 1).

Die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich auch aufgrund der eigenen Außenseiterrolle im medizinischen System an Diagnostik und Klassifikationszuschreibungen ausgerichtet. Das gesellschaftliche Ansehen (vgl. u.a. *Forsa* 2019) von Ärzt:innen liegt im Allgemeinen sehr hoch. Werden die Arztgruppen jedoch untereinander verglichen, finden sich Psychiater:innen innerhalb der „Hierarchie“ auf den unteren Rängen, was auch ein innerhalb der Arztberufe bestehendes Verständnis widerspiegelt.

Wer zu einem Arzt oder einer Ärztin geht, weiß es zu schätzen, wenn dieser/diese eine gute Diagnostik erstellen kann, so dass man die Ursachen für körperliches Leid und Einschränkungen erkennen und dann notwendige Behandlungsschritte planen und gestalten kann. Während Patient:innen bei der Diagnostik im Allgemeinen großes Interesse am Gelingen zeigen, ist es in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung ein großes Problem, eine zufriedenstellende oder gar nur ausreichende Compliance der Patient:innen bei der Behandlung zu erreichen (zum Beispiel nehmen 50 Prozent der Patient:innen ihre Medikation nicht ordnungsgemäß ein, vgl. u.a. *Staedt* 2006). Die Arbeitsbedingungen von Ärzt:innen, in deren Rahmen hochtechnologische Fachgebiete mehr entlohnt, „Sprechmedizin“ jedoch nur unzureichend finanziert wird, führten daher nicht nur zu einem höheren Ansehen von „Apparate“-Fachärzt:innen, sondern auch zu verstärkten Anstrengungen von Kinder- und Jugendpsychiater:innen (neben Haus- und Kinderärzt:innen zu den schlecht bezahltesten Ärzt:innen zählend) durch kategoriale und künstliche Grenzen ziehende Diagnostik zu reüssieren.

Diese somatisch orientierte medizinische Diagnostik und vor allem Behandlung unterliegt jedoch dem Irrtum, dass es sich bei psychischen Auffälligkeiten um Krankheiten im üblichen medizinischen Sinn handelt. Die Entstehung des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* stellte vor rund 50 Jahren zunächst eine Revolution dar, da man erstmals Störungen kategorisierte und mit klaren Symptomen beschrieb und somit eine höhere Transparenz und Genauigkeit herzustellen versuchte. Die neuen Versionen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 11) und DSM (V) basieren jedoch noch immer auf den alten Prämissen (und erweitern zur Freude der Pharmaindustrie erheblich das Krankheitsspektrum). Zumindest in Bezug auf die Kategorienbildungen sehen kritische Betrachter:innen einen Paradigmenwechsel voraus (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology – HITOP) und Research-Domain-Criteria (RDoc). Diagnosen werden und müssen sich empirisch abbilden und daraus theoretisch abgeleitete mehrdimensionale Systeme darstellen. Außen vor stehen jedoch dabei weiterhin – weil nicht gelöst – biografische und aktuelle kontextuelle Sinnhaftigkeiten von Erleben und Verhalten (Dimensionen, die von systemisch orientierten Behandlungsmodellen einbezogen werden). Die Mängel von DSM und ICD sind zwar in der Wissenschaft hinlänglich bekannt, schlagen sich jedoch nicht in der Praxis nieder (*Hayes; Hofmann* 2020, *Wilson; Hayes* 2018).

### Hierarchien und Omnipotenzphantasien |

Die Abläufe in der medizinischen Versorgung sind geprägt von einer Hierarchie, an der vermeintlich jede und jeder seinen Platz zu haben scheint. Chefärzt:innen, Oberärzt:innen, Stationsärzt:innen, Assistenzärzt:innen, letztere meist in der Facharztausbildung sich befindende Ärzt:innen, zeigen die Hierarchie auf und sind mit einem häufigen Wechsel des ärztlichen Personals verbunden. Das Pflegepersonal – in der Klinikhierarchie unterhalb der Ärzt:innen – agiert wiederum selbst innerhalb einer Hierarchie: Pflegeleitung, Stationspflegeleitung, Pfleger:innen. Ärzt:innen zeigen im Allgemeinen nicht nur eine sehr hohe intrinsische Motivation, sondern sind von einem hohen Selbstwertgefühl, verbunden mit einem großen Vertrauen in ihre Fähigkeiten geprägt (vgl. u.a. *Buddeberg-Fischer; Klaghofer* 2003). Dazu trägt sicherlich erheblich das seit Jahrzehnten bestehende hohe gesellschaftliche Ansehen bei, aber auch das hohe Prestige des Arztberufes.

Meine langjährigen Erfahrungen unter anderem als Supervisorin in Kliniken zeigen jedoch eine Art umgekehrte „Hierarchie“ – die Frontworker (= Pflegepersonal) sind es letztlich, die den gelingenden Alltag einer Klinikstation sichern, meist mit hohen Kompetenzen in Bezug auf die Behandlung von Patient:innen. Denn nicht nur im Pflegepersonal herrscht Personalmangel, sondern auch bei den Ärzt:innen, so dass oftmals junge, wenig erfahrene Ärzt:innen (alleine) die medizinische Versorgung einer Station sichern müssen. Diese sind dann nicht selten auf die Berufserfahrung langjährig tätiger Pflegekräfte angewiesen. Dies führt bei manchen Pflegekräften dazu, dass sie von Ärzt:innen eingeforderte Hierarchieeinhaltungsbezeugungen ablehnen und – ebenso wie manche Patient:innen – in Schein-Kooperationen ausweichen beziehungsweise ihre eigene Machtposition im Arbeitsalltag demonstrieren – oder kündigen.

Die hohen Arbeitsbelastungen, der Zeitdruck und auch die emotionalen Belastungen führten bei Psychiater:innen zu einer größeren Unzufriedenheit (vgl. u.a. *Buddeberg-Fischer; Klaghofer* 2003). Während es einerseits ein wichtiger Teil ihrer Berufsmotivation ist, selbst gestaltend wirken zu können, erfahren sie andererseits unter anderem aufgrund von Kostendruck, Vorgaben der Kostenträger und Personalmangel eher wenig Raum für das, was sie als ihre eigentliche Kompetenz betrachten, ersticken in Routinen, erfahren wenig Anerkennung durch Vorgesetzte und zunehmende Kritik in der Gesellschaft.

Die von Omnipotenzphantasien (*Stern* 1996) geprägten Haltungen und Einstellungen so mancher Ärzt:innen werden natürlich von Patient:innen, aber auch von anderen Professionen nicht nur wahrgenommen, sondern führen zu Reaktionen unterschiedlichster Art. Der hohe Anteil von Nicht-Compliance von Patient:innen ist sicherlich auch im Zusammenhang damit zu sehen, dass sie möglicherweise nur auf diese Weise ihre Nicht-Zustimmung zur vorgeschlagenen Behandlung zum Ausdruck bringen können, Ärzte-Hopping ist eine weitere Abwehrreaktion.

Solange „Sprech-Medizin“ keine entsprechende Entlohnung erhält, werden Patient:innen als Kennzeichen für einen „guten Arzt“ oder eine „gute Ärztin“ dessen/deren Bereitschaft sehen, mit ihnen im Gespräch gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

Verbunden mit den eigenen Omnipotenzphantasien und einer Sozialisation, in der Medizinkolleg:innen auf alles und jedes eine Antwort (= Diagnose) erwarten, wirkt sich die Zuschreibung einer ärztlichen Omnipotenz durch Patient:innen („Sie sind doch Arzt – Sie wissen das doch!“) verstärkend auf die Dynamiken im Umgang mit Mitarbeitenden aus anderen Professionen aus.

Anfragen und Bitten um Mithilfe von Mitarbeitenden aus der Jugendhilfe treffen dann gegebenenfalls in einer Klinik auf eine:n Kinder- und Jugendpsychiater:in, die/der nicht nur über ein starkes Selbstwertgefühl verfügt und von einem hohen Prestige ihres/seines Berufs ausgeht, sondern auch über (ärztliche) Leitlinien verfügt. Der Jugendhilfe wird zwar kritisch entgegengebracht, dass sie nicht über derartige Leitlinien verfügt, gleichzeitig erweckt die Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie den Eindruck, dass hier nicht nur eine fundierte Methodik, sondern auch Kriterien für eine Diagnosestellung fehlen und stattdessen eher ein Bauchgefühl Grundlage für Diagnosen ist.

Da die Vermittlung von ärztlichen beziehungsweise psychiatrischen Kenntnissen und Kompetenzen im Allgemeinen im Rahmen einer starken institutionellen und/oder ärztlichen Hierarchie erfolgt, ist zu beobachten, dass diese Hierarchiesozialisation und damit -prägungen auch in der Kooperation mit anderen Professionen zum Ausdruck kommen.

**Unterschiedliche Kulturen** | Diese anderen Professionen, insbesondere Mitarbeitende aus der Jugendhilfe, haben in Bezug auf die Entwicklung von Ideen und Vorstellungen zu Vorgehensweisen und Abläufen eine gänzlich andere Kultur. Hier besteht der Anspruch, eine möglichst breite Zustimmung und somit Konsens im Vorgehen und in den Deutungen mit den Adressat:innen zu finden. Das Gesamtbefinden in der Jugendhilfe – wie insgesamt in den psychosozialen Wissenschaften – ist eher von einem Suchprozess als von einem „Antwortprozess“ (Diagnose/ Behandlung) geprägt.

In den Interaktionen mit Adressat:innen ist die Offenheit, die mit diesen Suchprozessen einhergeht, der zentrale Bestandteil, um erfolgreich mit Betroffenen zu arbeiten. Jeder/jede Mitarbeitende in der Jugendhilfe kennt zahlreiche Begegnungen mit Kindern, Jugendlichen und Eltern, in der diese in

„Widerstand“ gehen, sobald man ihnen Lösungs-ideen und Vorschläge für weiteres Handeln macht. Dieser „Widerstand“ ist nicht immer offen sichtbar, wird dennoch auch unter anderem im Nicht-Übernehmen oder „Vergessen“ von Vorschlägen deutlich (Conen; Cecchin 2007).

Dies wiederum führt auf Seiten der Mitarbeitenden zu Gefühlen von Ohnmacht und begrenzter Einflussnahme auf die von ihnen Betreuten. Da einer der zentralen Identitätsaspekte auch für Mitarbeitende aus der Jugendhilfe ist, Veränderungen herbeiführen zu wollen, lösen vermeintliche Nicht-Kooperationen von Adressat:innen eher Impulse eines „Mehr-desselben“ aus, also noch mehr Zureden, noch mehr die positiven Seiten von Veränderungen aufzeigen, noch mehr wissen, was der andere tun sollte und so weiter. Dabei wird insbesondere außer Acht gelassen, dass das sichtbare Verhalten nicht nur möglicherweise Ausdruck einer Ablehnung dieser Vorschläge und eines „Besserwissens“ darstellen kann, sondern auch das bisherige Problemverhalten ein Lösungsverhalten darstellt, also ein Verhalten, mit dem (andere) Probleme gelöst werden. Wenn die 15-jährige Chris wie im obigen Beispiel nicht direkt nach der Schule ins Heim zurückkehrt, könnte es sein, dass sie damit in ihrer Familie ein anderes, dort bestehendes Problem zu lösen versucht (und mit diesem Verhalten in der Vergangenheit Erfahrungen gesammelt hat), wie zum Beispiel die jüngeren Schwestern vor sexuellem Missbrauch zu bewahren oder die betrunkene Mutter vor den Schlägen ihres Mannes zu schützen.

Ist die Arbeit mit Adressat:innen von einer Haltung geprägt, in der Probleme als Lösungsversuche betrachtet werden, stellt sich in den Fallverläufen nicht nur ein ruhigerer Verlauf ein, sondern die hektische Suche nach anderen, besseren Ideen, was Mitarbeitende tun könnten, wird aufgegeben zugunsten einer Begleitung in der Suche nach sozial angemesseneren Lösungen – als die bisherigen Lösungsversuche. Die damit einhergehende Kontextorientierung führt dann quasi zwangsläufig dazu, weitere Personen im Familiensystem und dessen Umfeld in die Arbeit einzubeziehen sowie hier nicht bisher gedachte Lösungsoptionen herauszuarbeiten.

**Vermeintlich größere Kompetenzen |** Halten jedoch Frontworker einer Einrichtung an ihrer umtriebigen Suche (je eskalierender das Problemverhalten

desto hektischer) nach der „richtigen“ Lösung fest, wenden sie sich mehr oder weniger notgedrungen irgendwann an Spezialist:innen. Dies können jene innerhalb der eigenen Einrichtung sein oder eben Fachkräfte einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik – mit der Erwartung, dass diese die Lösung kennen.

Vor dem Hintergrund umfangreicher Erfahrungen insbesondere auch mit gruppenübergreifenden Fachkräften in der Jugendhilfe, stellt sich im Allgemeinen dann folgendes Szenario dar: Die vermeintlich höher qualifizierten Mitarbeitenden wie zum Beispiel Heimpsycholog:innen und Sozialpädagog:innen im gruppenübergreifenden Dienst, die sich in der Regel in besseren Gehaltsgruppen befinden, nehmen sich des „schwierigen“ Kindes beziehungsweise Jugendlichen an. Sie bemühen sich, bei diesen auf deren Problemverhalten durch Psychotherapien, Aktivitäten und fördernden Interventionen einzuwirken.

Diese Dynamik entspricht dann ungefähr dem, was im Vorfeld einer Erziehungshilfe zwischen Eltern und Kind geschehen ist: Die Eltern versuchen in unterschiedlichster Weise auf das Verhalten ihres Kindes zunächst selbst einzuwirken. Rückmeldungen und Kritik von Außensystemen wie Nachbarschaft und Schule verstärken den Druck auf die Eltern (Cecchin; Conen 2008), so dass es schließlich oftmals eine Frage der Zeit ist, bis die Außensysteme (zum Beispiel das Jugendamt) auf Veränderungen drängen und/oder die Eltern selbst (professionelle) Hilfe suchen.

Vor allem bei sogenannten „Systemsprengern“ (vgl. u.a. Baumann 2010) ist dann zu beobachten, dass diese in ihren Grenzgängen zwischen noch zu akzeptierenden Auffälligkeiten und als behandlungsbedürftig (im Sinne von kinder- und jugendpsychiatrischer Interventionen) eingestuftem Verhalten, bei allen Beteiligten regelhaft für starke Ohnmachtsgefühle, Hilflosigkeit und Ratlosigkeit sorgen. In zahlreichen Fällen war meinerseits zu beobachten, wie sich dann ein (indirekter) Abwertungsprozess gegenüber der gruppenübergreifenden Fachkraft den Weg bahnte. Auch dort zu erfahren, dass diese in ihrer Hilflosigkeit ebenfalls keine Lösungen finden, löst Impulse von Abwehr, Ablehnung und gar Ärger aus. Deren Ausformungen führten in manchen Einrichtungen soweit, dass man die Verwendbarkeit der Psycholog:innen in Frage stellte. Sicherlich ist die bundes-

weite quasi Abschaffung von Heimpyscholog:innen in diese Dynamik eingebettet.

Für die Mitarbeitenden im Gruppendienst stellt allerdings die Erfahrung, dass kompetentere Fachkräfte es auch nicht besser wissen, eine Entlastung dar: „Auch die wissen es nicht, dann brauche ich nicht an meiner Kompetenz zu zweifeln, meine Ansprüche muss ich nicht reduzieren, dann kann ich die kränkende Erfahrung von Ohnmacht beiseite schieben...“. Denn es stellt eine Art Kränkung dar, eine andere (in der Kompetenz höher verortete) Fachkraft um Hilfestellung zu bitten. Eigentlich will man es selbst mit dem „schwierigen“ Kind hinbekommen, eigentlich hat man – in den eigenen Omnipotenzphantasien – den Anspruch, den richtigen Schlüssel zu den notwendigen Veränderungen bei den Adressat:innen selbst in der Hand zu haben.

**Widerspiegelungen der Dynamiken** | In der Dynamik zwischen den beteiligten professionellen Fachkräften spiegelt sich die Dynamik in den Familien wider. Sie erleben es ebenfalls als Kränkung, dass sie sich nun vermeintlich an andere wenden müssen oder – dies ist bei „klassischen“ Jugendhilfefamilien häufiger der Fall – dass andere ihnen Probleme in der Erziehung ihrer Kinder nachweisen und Hilfen aufoktroyieren, deren Notwendigkeit sie zumindest anzweifeln.

Bezogen auf meine langjährigen Erfahrungen ist es interessant festzustellen, dass, je größer die Kränkung für Eltern zu sein scheint, die eine Kritik an ihrer Erziehung darstellt, desto mehr scheint die Tendenz zu bestehen, sich als erstes eher an die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu wenden. Der Kontakt mit Institutionen der Erziehungshilfe impliziert, dass es Defizite und/oder Schwierigkeiten in der Erziehung des Kindes *durch die Eltern* gibt. In einem Kontakt mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie können Eltern erst einmal davon ausgehen, dass die Ursache für „die“ Probleme *in ihrem Kind* liegt – und je nach Kontextorientierung einer Kinder- und Jugendpsychiatrie – erst in zweiter Linie mögliche Zusammenhänge im Kontext Familie thematisiert werden (und gegebenenfalls auch hier zu entsprechender Abwehr bei den Eltern beitragen).

Wenn nun die Gruppenmitarbeiter:innen einer Wohngruppe, die Heimpyscholog:innen, die ambulanten Kindertherapeut:innen und andere mehr nicht

mehr weiter wissen, wendet man sich an kompetente Dritte, hier meist an eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik – zunächst zwar wegen einer Diagnostik, aber hoffend, dass man über eine Diagnostik hinaus das Kind „behandelt“ und „abnimmt“.

In der eigenen überhöhten Vorstellung von Kompetenz wird dieser Arbeitsauftrag im Allgemeinen angenommen. Jedoch geraten kompetente Dritte früher oder später in den gleichen Kreislauf wie die vorherigen Fachkräfte. Im Unterschied nur dazu, dass Ärzt:innen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie in einer strukturell machtvolleren Position zu sein scheinen. Mitarbeitende in Wohngruppen können in ihrem Arbeitssetting im Allgemeinen nicht von kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken geforderte Strukturierungen durchsetzen. Die von manchen Kliniken ausgeübte Macht, zum Beispiel in Form von Durchsetzung der Medikamenteneinnahme, Aufenthalt in Time-out-Räumen, Entzug von Rechten oder Drohungen mit Erwirkung von Beschlüssen, ist in der Regel nicht Teil der Arbeit in Wohngruppen.

**Schwieriger Umgang** | Es ist immer wieder erstaunlich bis irritierend, wie gemeinsame Fallbesprechungen von Mitarbeitenden aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und aus der Jugendhilfe ablaufen. Mit welcher Selbstverständlichkeit hier Kinder- und Jugendpsychiater:innen davon ausgehen, dass ihre Expertise und Einschätzung die alleinig richtige ist, schlägt einem so manches Mal die Sprache. Die Ungeduld, die Dominanz und der direktive Impetus verhindern offensichtlich, sich auf die Situation der Mitarbeitenden aus anderen Professionen entsprechend konsenssuchend einzustellen und kooperationsfördernde Umgangsweisen zu pflegen.

Als außenstehende Person kann man sich dabei nicht des Eindrucks erwehren, dass hier viel Druck, eigenes Scheitern an den Ansprüchen, Überlastung und Nicht-Reflektieren der eigenen persönlichen Involviertheiten zum Ausdruck kommen: „Wenn die anderen das doch endlich so ausführen, wie ich denke, wie es sein sollte, dann hätte ich es leichter, dann wäre ich nicht so belastet, dann wäre ich erfolgreich, dann wäre dem Kind geholfen“.

In mancher kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik lässt alleine der Ton, in dem mit den Mitarbeitenden aus der Jugendhilfe gesprochen wird, einen

Außenstehenden diese Interaktion mit der von Eltern mit ihren Kindern vergleichen. Diese kritisieren ihr Kind beziehungsweise ihren Jugendlichen in einer Art und Weise, die einem Draufprügeln und einem Noch-einen-Draufsetzen an Abwertung und Beschämung gleichkommt. Je nach Familiendynamik brechen die einen Kinder dann in Wut und Aggressionen aus oder andere gehen in die Defensive, wehren sich nicht und können nicht mehr für sich selbst eintreten.

Es ist interessant zu beobachten, welche Umgangsweisen Mitarbeitende aus der Jugendhilfe in Fallbesprechungen, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stattfinden<sup>2</sup>, über sich ergehen lassen und sich nicht gegen manchen unangebrachten Ton, gegen Zurechtweisung oder gar Abwertung der eigenen Arbeit oder Profession wehren. Inwieweit diese hohe Bereitschaft, sich nicht offensiv von unangemessenem, unkollegialem Verhalten von Kinder- und Jugendpsychiater:innen abzugrenzen, dazu beiträgt, genau in diese „Beschämungsfälle“ zu geraten, bedarf sicherlich weiterer (wissenschaftlicher) Betrachtungen.

In Supervisionen erfahre ich seit vielen Jahren, wie wütend und für keinerlei Kooperation mehr bereit, sich die Mitarbeitenden aus der Jugendhilfe, im Anschluss an solche Art von Begegnungen äußern. Die Frustrationen über den Umgang mit ihnen persönlich, aber auch mit ihnen als Vertreter:innen ihrer Profession führen allerdings nur vereinzelt so weit, dass man sich deswegen zusammenschließt und sich gemeinsam mit anderen Kolleg:innen an Vorgesetzte wendet. Nur äußerst selten gelingt es diesen Frontworkern, eine Solidarisierung bei ihren Vorgesetzten zu erreichen und von diesen gemeinsame, klärende und sich gegenüber diesem Ton und Vorgehen verwahrende Konfrontationen der betreffenden Kinder- und Jugendpsychiater:innen sowie Forderungen nach einer zukünftig besseren Gestaltung einzubringen und durchzusetzen.

<sup>2</sup> In 40 Jahren Berufserfahrung ist mir nur ein einziger Fall bekannt geworden, in der Kinder- und Jugendpsychiater:innen an einer Fallbesprechung, die im Jugendamt stattfand, teilnahmen. Sicherlich mag dazu beitragen, dass solche Teilnahmen von den Krankenkassen nicht beziehungsweise nur begrenzt refinanziert werden. Dennoch ist diese Nicht-Bereitschaft den „Arbeitsplatz Jugendhilfe“ aufzusuchen, auch als Bestandteil eines nicht von Kooperation geprägten, sondern eher von Dominanzverhalten gekennzeichneten Umgangs mit anderen Professionen zu sehen.

Der in Teilen wenig wertschätzende Umgang von Mitarbeitenden aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Mitarbeitenden aus der Jugendhilfe steht nicht nur im Zusammenhang mit einer eigenen Einschätzung von höherem sozialen Status und damit Einfluss auf Entscheidungen. Diese Abwertungen der „anderen Seite“ sind auch in Bezug auf die Verarbeitung zu sehen, dass die Kinder- und Jugendpsychiater:innen trotz des höheren Ansehens letztlich ohnmächtig sind gegenüber den Diensten und Einrichtungen aus der Jugendhilfe, die meist näher dran an den Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern sind.

**Unkenntnis der eigenen Macht** | Denn diese eigene Macht beziehungsweise hohen Entscheidungsbefugnisse und -möglichkeiten sind den Mitarbeitenden in der Jugendhilfe nur äußerst selten bewusst. Wenn diese Mitarbeitenden in Supervisionen, in denen ihre Wut und die geballten Fäuste über die demütigende, beschämende und unhöfliche Art und Weise des Umgangs mit ihnen in Besprechungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Ausdruck bringen, ist deutlich zu spüren, dass man sich weder dieses gefallen lassen möchte, noch der von den Kinder- und Jugendpsychiater:innen selbstbewusst geforderten Einhaltung von Empfehlungen folgen will.

Meine Fragen – analog zu den Überlegungen zum Ungehorsam in Organisationen (Conen 2011) – „Was würde denn geschehen, wenn Sie das nicht tun? Was könnte im schlimmsten Fall geschehen?“, führen in der Regel zunächst zu Irritationen: „Ja, wie, das kann ich doch nicht ignorieren!“ Wiederholung der Frage: „Was würde im schlimmsten Fall geschehen?“ Meist ist die Antwort: „Nichts!“ Gegenfrage: „Und?“ Im Folgenden kann man normalerweise eine sehr interessante Entwicklung bei den Betreffenden feststellen. In dem Mitarbeitende realisieren, dass es letztlich nicht die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist, die entscheidet, sondern der-/diejenige selbst (vor allem bei einer Tätigkeit im Allgemeinen Dienst eines Jugendamtes), wird der eigene Freiraum und das eigene Entscheidungsspektrum sichtbar. Dann wird auch deutlich, dass es die Kinder- und Jugendpsychiater:innen sind, die letztlich – von der Entscheidungszuständigkeit her – in der Regel nicht den entscheidenden Einfluss auf die Entscheidung der Jugendhilfe haben (können).



Aus der Erfahrung der eigenen „Entscheidungsüberlegenheit“ der Mitarbeitenden aus der Jugendhilfe heraus, gelingt es dann erstaunlicherweise so manchen Mitarbeitenden mehr und mehr, sich souveräner und selbstbewusster gegenüber der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu behaupten. Denn es besteht faktisch kein hierarchisches Verhältnis zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe (AGJ 2018). Dann sind Fallbesprechungen eher davon geprägt, dass Mitarbeitende aus der Jugendhilfe die Empfehlungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Anregungen betrachten beziehungsweise erleben und nicht als Anweisungen, denen sie zuvorderst Folge zu leisten hätten.

**Starke Einflussnahmen** | In den letzten Jahren – insbesondere seit der ersten Novellierung des SGB VIII – Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) in 2015/2016 – gibt es verstärkte Bemühungen der Einflussnahme auf die Jugendhilfe durch Mediziner:innen, hier insbesondere Kinder- und Jugendpsychiatrie, die noch detailliertere Vorgaben zum Vorgehen in Kinderschutzfällen etabliert sehen wollen.

Dieser enorme Druck und Einfluss, steht im Zusammenhang mit mehreren Aspekten:

- ▲ demografische Entwicklungen und Kostendruck tragen zur Verschärfung der Probleme in den beiden Arbeitsfeldern bei,
- ▲ der öffentliche Druck angesichts von Skandalen wie Lüdge, Bergisch-Gladbach und Staufen führt (wieder) zu einer Zunahme an linear-kausalen „Ursache-Lösung“-Denkweisen, die kontextuelle Aspekte sowie Rahmenbedingungen nicht mehr berücksichtigen,
- ▲ Jugendhilfe vermittelt zu wenig, dass sie Veränderungsprozesse unterstützen will und nicht wie die Medizin psychologische Probleme als isoliert von der Person betrachtet – wobei Jugendhilfe mit einer zunehmenden „Verhaltenstherapeutisierung“ (oder genauer gesagt: operante Konditionierung wird Erziehungsgrundlage) selbst zunehmend zu einer solchen Art Problemorientierung beiträgt,
- ▲ dadurch werden vermeintlich einfache „Diagnostik-Behandlungs-Schablonen“ favorisiert und die Jugendhilfe mit ihrer Kontextbezogenheit gerät ins Hintertreffen,
- ▲ die Bereitschaft von Politik und Gesellschaft, eher einfache „Lösungen“ zu bevorzugen, setzt vor allem angesichts einer Zunahme an „Problemfällen“, die

als „Systemsprenger“ in den Medien Aufmerksamkeit finden, insbesondere die Jugendhilfe unter Handlungsdruck.

Angesichts der inzwischen als Verschiebebahnhof von sogenannten „Systemsprengern“ bezeichneten beidseitigen von Ratlosigkeit und Hilflosigkeit dominierten Versuche mit diesen jungen Grenzgänger:innen umzugehen, stellt sich immer mehr die Frage, ob es nicht an der Zeit ist, dass die Jugendhilfe selbst mehr geeignete Konzepte entwickelt und auch entsprechende Einrichtungen schafft, die auch mit den „Schwierigsten“ eine solche Arbeit ermöglicht und die den leidvollen „Drehtür-Erfahrungen“ dieser jungen Menschen zumindest in ihrer Mehrzahl eine andere Perspektive als bisher geben kann. Anstatt auf die eigenen – auch in Teilen noch auszubauenden – Kompetenzen zu setzen, sollte es nunmehr gelingen, nicht von den vermeintlich kompetenteren „Dritten“ die Lösung zu erwarten, sondern diese selbst zu zeigen und zu nutzen. Das daraus resultierende höhere fachliche Selbstbewusstsein der Mitarbeitenden in der Jugendhilfe würde sicherlich nicht nur zu einem gestärkten selbstsicheren Umgang mit anderen Professionen führen, sondern auch einen respektvolleren Umgang mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren Wünschen nach einem kontinuierlichen Lebensmittelpunkt bewirken können – und nicht in Hilflosigkeit zu einer Beendigung der Hilfe führen.

Dabei wäre es mehr als hilfreich, wenn die Jugendhilfe sich – wieder – auch mehr auf den Kontext von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern (Lebensweltorientierung) beziehen würde und bei Überlegungen zu Ursachen ganz klassische, seit Jahrzehnten zugängliche Erfahrungen und Kenntnisse unter anderem aus der Familienberatung einbeziehen würde (vgl. u.a. Conen 1999). Des Weiteren wäre erforderlich, dass sich Jugendhilfe von der (wieder) stark zugenommenen isolierten Betrachtung von Problemverhalten von Kindern und Jugendlichen verabschiedet (Medizinalisierung der Jugendhilfe) und das ursprüngliche kontextbezogene Denken und Handeln in der Jugendhilfe wieder zum Hauptprinzip der Arbeit macht.

Dies wird beispielsweise deutlich in dem Film „Systemsprenger“ von Nora Fingscheidt (2019), in dem die Protagonistin von einer Hilfe zur nächsten weitergereicht wird. Der Film zeichnet – entgegen



den sonstigen Skandalisierungen – aufgrund intensiver Recherchen ein weitgehend positives Bild von den professionellen Fachkräften. Allerdings kann die „Medizinalisierung“ und die „Problembearbeitungsfokussierung“ der Jugendhilfe nicht deutlicher dargestellt werden. Diese „Bennis“ schreien regelrecht danach, dass sich die Beziehung zu ihren Eltern, hier zur Mutter, ändert und an einer Änderung der bisherigen Beziehung gearbeitet wird. Die Hilflosigkeit und das geringe Selbstwertgefühl der Mutter wird in dem Film mehr als deutlich, aber keiner arbeitet sichtbar an Veränderungen bei der Mutter sowie an den Interaktionen und der Beziehung von Mutter und Tochter. Daher sitzt man als Familienberaterin in dem Film und fragt sich: „Warum arbeitet keiner mit der Mutter?“ oder: „Warum besinnt sich die Jugendhilfe nicht auf ihre Lebensweltorientierung, auf den Kontext, in dem Kinder leben?“ Weitergehender fragt man sich: „Warum arbeitet man nicht an den Veränderungen der Interaktions- und Kommunikations- sowie Problemlösungsmuster der Familien?“

Da die Kooperation zwischen zahlreichen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und den Jugendämtern (und damit auch den Auftragnehmer:innen der Jugendämter) inzwischen in vielen Regionen vertraglich vereinbart ist, sind viele Mitarbeitende aus beiden Arbeitsbereichen zur Kooperation verpflichtet (Fegert; Schrappner 2004). Diese Verpflichtung als solches wird jedoch meines Erachtens nicht unbedingt zu einer deutlichen Verbesserung der Zusammenarbeit führen. Erst, wenn die Jugendhilfe selbstbewusster und souveräner mit ihren eigenen Vorstellungen, Ideen sowie Begrenzungen in die Gespräche mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie geht, wird es zu Kooperationen kommen, die sinnvoll, hilfreich und für alle Beteiligten gewinnbringend sind.

Denn Kooperation gelingt nur, wenn sie für alle Beteiligten einen Zugewinn bringt (van Santen; Seckinger 2003).

**Dr. phil. Marie-Luise Conen**, Dipl.-Psychologin, Dipl.-Pädagogin, Master of Education (M. Ed), ist systemische Paar- und Familientherapeutin, Supervisorin und Fortbildnerin sowie Gründerin des Context-Institut Berlin. Email: [info@context-conen.de](mailto:info@context-conen.de)

Dieser Beitrag wurde im Rahmen einer double-blind Peer Review begutachtet und am 15.4.2021 zur Veröffentlichung angenommen.

### Literatur

**AGJ** – Arbeitsgemeinschaft Jugendhilfe: Vom Kind und der Familie aus denken, nicht von den Institutionen. Ein gemeinsames Positionspapier zur Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe. In: [https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2018/Von-Kind-u-Familie\\_-aus-denken-nicht\\_von-Institutionen.pdf](https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2018/Von-Kind-u-Familie_-aus-denken-nicht_von-Institutionen.pdf) (veröffentlicht 2018; abgerufen am 26.2.2021)

**Aichhorn**, August: Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung. Zehn Vorträge zur ersten Einführung. Wien 1995

**Baumann**, Menno: Kinder, die Systeme sprengen. Wenn Jugendliche und Erziehungshilfe aneinander scheitern. Hohengehren 2010

**Buddeberg-Fischer**, Barbara; Klaghofer, Richard: Geschlecht oder Persönlichkeit? Determinanten der Karrierepläne angeheuer Ärztinnen und Ärzte. In: Abele, Andrea E.; Hoff, Ernst-H.; Hohner, Hans-Uwe (Hrsg.): Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg. Heidelberg 2003, S. 17-28

**Cecchin**, Gianfranco; Conen, Marie-Luise Conen: Wenn Eltern aufgeben. Therapie und Beratung bei konfliktreichen Trennungen von Eltern und Kindern. Heidelberg 2008

**Conen**, Marie-Luise: Vermeintliche Kompetenz Dritter. Die Rolle von Heimpfychologen in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe. Unveröffentlichtes Manuskript 1990

## Auf der Suche nach Literatur aus dem Bereich der Sozialen Arbeit?

- Unsere Literaturdatenbank DZI SoLit unterstützt gezielt bei der Recherche
- Wir dokumentieren Artikel aus über 160 relevanten Fachzeitschriften ([Zeitschriftenliste](#))
- Sie suchen in der DZI SoLit aktuell in einem Datenpool von über 250.000 Referenzen ([Gebrauchsanweisung](#))

SoLit



[www.dzi.de](http://www.dzi.de)



# PROFESSIONELLE KOOPERATION BEI ASS IM SCHULALTER | Eine Studie zur Zusammenarbeit von Schulsystem und Kinder- und Jugendhilfesystem

**Kathrin Hirsch; Karin Schleider;  
Maya-Lynn Fuchs**

**Zusammenfassung** | Eine optimale Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) erfordert eine interdisziplinäre Kooperation verschiedener Expert:innen. Die vorliegende Studie untersucht im Rahmen einer quantitativen Untersuchung die Kooperation bei ASS im Schulalter aus Perspektive von Expert:innen des Schulsystems ( $n_1=31$ ) und des Kinder- und Jugendhilfesystems ( $n_2=15$ ). Im Ergebnis zeigen sich unter anderem Wahrnehmungsunterschiede hinsichtlich Kooperationsqualität und -schwierigkeiten.

**Abstract** | Optimal support for children and adolescents with autism spectrum disorders (ASD) requires interdisciplinary cooperation between various experts. The present study examines, within the framework of a quantitative study, the cooperation in the field of ASD at school age from the perspective of experts of the school system ( $n_1=31$ ) and the child and youth welfare system ( $n_2=15$ ). The results showed, among other things, differences in perception with regard to cooperation quality and difficulties.

**Schlüsselwörter** ► Autismus ► Schule  
► Jugendhilfe ► interdisziplinär ► Kooperation

**1 Theoretische und empirische Grundlagen | 1-1 Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes- und Jugendalter** | Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) werden nach dem in Deutschland amtlichen Klassifikationssystem ICD-10-GM im Kapitel F84 „Tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ aufgeführt (DIMDI 2020). Unter ASS fallen hierbei grundlegend die Subgruppen: F84.0 frühkindlicher Autismus, F84.1 atypischer Autismus, F84.5 Asperger-Syndrom (Freitag et al. 2017). Zur Kernsymptomatik gehören Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie restriktive, repetitive und stereotyp

**Conen**, Marie-Luise: Problemkarrieren von delinquenten Kindern unterbrechen – Aufsuchende Familientherapie, eine Hilfeform bei Problemkarrieren. In: Forum Erziehungshilfen 2/1999, S. 150-165

**Conen**, Marie-Luise: Ungehorsam – eine Überlebensstrategie. Professionelle Helfer zwischen Realität und Qualität. Heidelberg 2007

**Conen**, Marie-Luise; Cecchin, Gianfranco: Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung mit unmotivierten Klienten und in Zwangskontexten. Heidelberg 2007

**Fegert**, Jörg; Schraper, Christian (Hrsg): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie – Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim 2004

**Forsa**: DBB Bürgerbefragung Öffentlicher Dienst 2019. Einschätzungen, Erfahrungen und Erwartungen der Bürger. In: [https://www.dbb.de/fileadmin/user\\_upload/globale\\_elemente/pdfs/2019/forsa\\_2019.pdf](https://www.dbb.de/fileadmin/user_upload/globale_elemente/pdfs/2019/forsa_2019.pdf) (veröffentlicht 2019; abgerufen am 26.2.2021)

**Frances**, Allen: Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln 2013

**Hayes**, Steven C.; Hofmann, Stefan G. Hofmann: Beyond the DSM. Toward a Process Based Alternative for Diagnosis and Mental Health Treatment. Oakland 2020

**Meinhof**, Ulrike: Bambule. Fürsorge – Sorge für wen? Berlin 1987

**Staedt**, Jürgen.: Compliance als Fundament einer wirksamen Pharmakotherapie. NeuroGeriatric 3/2006, S. 130-137 ([https://www.hippocampus.de/media/316/cms\\_4a94e9a69acbd.pdf](https://www.hippocampus.de/media/316/cms_4a94e9a69acbd.pdf); abgerufen am 16.4.2021)

**Stern**, Klaus: Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Münster 1996  
Tetzner, Michael: Das Spannungsverhältnis zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. „Befähigung“ als Handlungsorientierung in der Sozialen Arbeit mit psychosozial belasteten Menschen. Weinheim 2015

**van Santen**, Eric; Seckinger, Mike: Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München 2003

**Wilson**, David S.; Hayes, Steven C.: Evolution and Contextual Behavioral Science. An Integrated Framework for Understanding, Predicting, and Influencing Human Behavior. Oakland CA 2018