

Sachverständigenkommission
Dreizehnter
Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.)

Materialien zum
Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht

Mehr Chancen für
gesundes Aufwachsen

Expertise von Margret Dörr

Gesundheitsförderung in stationären An-
geboten der Kinder- und Jugendhilfe:
Heime als Orte für Salutogenese

Vorwort

Der 13. Kinder- und Jugendbericht „Mehr Chancen für gerechtes Aufwachsen“ widmet sich erstmals in der Berichtsgeschichte dem Thema „Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“. Zusammen mit der Stellungnahme der Bundesregierung ist der Bericht im Mai 2009 als Bundestagsdrucksache erschienen.

Um einen umfassenden Überblick zu diesem Themenkreis und vertiefte Einblicke in einzelne Bereiche zu erhalten, entschied die von der Bundesregierung mit der Erstellung des Berichts betraute Sachverständigenkommission, zahlreiche Expertisen und eine Delphi-Studie erstellen zu lassen.

Die Inhalte der Expertisen gaben entscheidende Impulse für die Diskussionen der Kommission, viele Aspekte flossen auch in den Berichtstext ein und haben wesentlich zu dessen wissenschaftlicher Fundierung beigetragen. Im Bericht konnten jedoch nicht alle Erkenntnisse aus den Expertisen im Detail berücksichtigt werden. Da diese jedoch viele wichtige Befunde, Einblicke und Einsichten enthalten, die für die Kinder- und Jugendhilfe, für das Gesundheitssystem und die Eingliederungshilfe/Rehabilitation neu sein dürften, beschloss die Sachverständigenkommission, die Expertisen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dafür wurden die – ausschließlich von den Autorinnen und Autoren verantworteten – Texte von diesen im Mai 2009 zum Teil leicht überarbeitet und aktualisiert.

Um die Übersicht zu erleichtern, wurden die einzelnen Arbeiten fünf großen Bereichen zugeordnet, die auch Schwerpunkte des 13. Kinder- und Jugendberichts bilden. Dabei wurde in allen Arbeiten – wie auch im Bericht – den Schnittstellen und sowohl den Kooperationsanforderungen wie den Kooperationschancen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe/Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Sachverständigenkommission dankt allen Autorinnen und Autoren der Expertisen und der Delphi-Studie für ihre wertvolle Unterstützung bei der Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts. Besonders hervorzuheben ist dabei ihre Kooperationsbereitschaft und die Einhaltung der engen, auf oft nur wenige Monate begrenzten Zeitvorgaben, denn der gesamte 13. Kinder- und Jugendbericht musste innerhalb von nur 15 Monaten fertig gestellt werden.

Der Sachverständigenkommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht als Herausgeber dieser Expertisen gehörten an: Dr. Wolfram Hartmann,

Prof. Dr. Holger Hassel, Prof. Dr. Hans Günther Homfeldt, Prof. Dr. Heiner Keupp (Vorsitzender), Dr. Hermann Mayer, Dr. Heidemarie Rose, Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Dr. Ute Ziegenhain, Dr. Christian Lüders (kooptiertes Mitglied).

In der Geschäftsstelle im Deutschen Jugendinstitut arbeiteten: Dr. Hanna Permien, Dr. Tina Gadow, Gisela Dittrich, Angela Keller, Dr. Ekkehard Sander, Sonja Peyk und Susanne Schmidt-Tesch (Sachbearbeitung).

München, im Juni 2009

Prof. Dr. Heiner Keupp

Vorsitzender der Sachverständigenkommission
des 13. Kinder- und Jugendberichts

Inhalt

1	Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe Nico Dragano, Thomas Lampert, Johannes Siegrist Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf? 13 Petra Kolip Zentrale gender-relevante Kriterien für Gesundheitsförderung und Prävention 51 Bernd Röhrle Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention – was können sie leisten? 69 Manfred Hintermair Salutogenetische und Empowerment-Konzepte in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen 155
2	Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinderbetreuung und für Heranwachsende mit Behinderungen Tina Friederich Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen 195 Renate Höfer, Luise Behringer Interdisziplinäre Frühförderung: Angebot und Leistungen 257 Elisabeth Wacker, Rainer Wetzler, Stefanie Frings Delphi-Studie zu Gesundheitsförderung und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen 311
3	Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendarbeit sowie der Jugendberufshilfe Andreas Hanses, Kirsten Sander Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit 373 Knut Lambertin Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit 419 Elke Opper, Petra Wagner Gesundheitsförderung und Prävention im Kinder- und Jugendsport 447

	Peter Paulus	
	Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern	537
	Florian Straus	
	Gesundheitsförderung und Prävention in berufsbildenden Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe	621
4	Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und in Risikolagen	
	Albert Lenz	
	Risikante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkrankter Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe	683
	Michael Kölch	
	Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern	753
	Stephan Sting	
	Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter	789
5	Gesundheitsförderung und Prävention bei den Hilfen zur Erziehung und ihren Schnittstellen	
	Ulrich Gerth, Klaus Menne	
	Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	829
	Margret Dörr	
	<u>Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese</u>	927
	Jörg M. Fegert, Tanja Besier	
	Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem – Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform	987
6	Autorinnen und Autoren	1111

Margret Dörr

Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese

1	Zusammenfassung.....	929
2	Einleitung	930
2.1	Anmerkungen zum Gesundheits(-förderungs)begriff	931
2.2	Salutogenese: Der Blick auf Ressourcen	934
3	Heime als Orte für Salutogenese	937
3.1	Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe	937
3.2	„Heim“ als gesundheitsförderndes Setting	940
3.3	Paradoxien und Fallstricke in der Heimerziehung: Strukturelle Barrieren einer salutogenetischen Praxis	945
3.4	Ein Blick in die Literatur zur Heimerziehung auf der Folie von Gesundheitsförderung	949
3.5	Partizipation als Ausdruck einer salutogenetischen Praxis in der stationären Erziehungshilfe	954
2.5.1	Einbindung und/oder Mitwirkung von Eltern	954
2.5.2	Partizipation der Kinder und Jugendlichen	956
3.6	Gesundheitsfördernde Netzwerkarbeit in der stationären Erziehungshilfe	958
4	Sektorübergreifende Vernetzungsaktivität.....	963
4.1	Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	963

4.2	Schnittstelle zwischen der Gesundheitsversorgung nach SGB V und der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII	970
4.3	Freiheitsentziehende Maßnahmen auf der Folie von Gesundheitsförderung	978
4.4	Ausblick: Verantwortung für die Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen übernehmen	982
5	Literatur	983

1 Zusammenfassung

Nach der Einleitung (1.0) einschließlich allgemeiner Anmerkungen zum Gesundheits(-förderungs)begriff (1.1) und der Darstellung wesentlicher Gehalte einer salutogenetischen Perspektive (1.2), gibt das zweite Kapitel einen Einblick darüber, was es heißen kann, wenn "Heime", als Orte für Salutogenese gestaltet werden sollen (2.0): Gesundheit kann dann eine umfassende Leitidee werden, wenn unter Bezugnahme auf den Settingansatz sich die Maßnahmen darauf konzentrieren, die Organisationsstruktur und die Organisationskultur für alle Beteiligten in diesem Sinne zu verändern (2.1). Im Mittelpunkt eines gesundheitsfördernden Settings steht dabei weiterhin ein ganzheitliches Erziehungsverständnis, das nach den lebensweltlichen Ressourcen der Adressatinnen und Adressaten fragt und diese zu verbessern sucht (2.2). Doch ergeben sich – forciert durch die Rückbesinnung der Sozialen Arbeit auf den gesellschaftlichen Zentralwert „Gesundheit“ – Paradoxien und Fallstricke in der Praxis der Heimerziehung, die als strukturelle Barrieren einer salutogenetischen Praxis wahrzunehmen und zu bearbeiten sind (2.3). Daran schließt sich ein exemplarischer Blick in die Literatur zur Heimerziehung auf der Folie von Gesundheitsförderung an (2.4), wodurch auch erkennbar wird, dass eine salutogenetische Praxis auf Konzepte der Partizipation, der Aus handlung, des Empowerment und des Fallverstehens angewiesen ist und diese nur fruchtbar werden können, wenn die Beteiligungsformen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Eltern und Kinder/Jugendliche durch institutionalisierte Strukturen gerahmt sind (2.5). Des Weiteren wird dargestellt, dass Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen konsequent als Querschnittsaufgabe zu verstehen ist, zu deren Bewältigung unterschiedliche Sektoren zusammenwirken müssen. Insofern kommt der interinstitutionellen Kooperation und der Vernetzung des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsbereichs eine Schlüsselrolle in diesem Prozess zu (2.6).

Das dritte Kapitel thematisiert die derzeitigen sektorübergreifenden Vernetzungsaktivitäten (3.0) am Beispiel der Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie im Hinblick auf Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen bzw. drohender seelischer Behinderung in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (3.1). Zum einen wird die Schnittstelle zwischen der Gesundheitsversorgung nach SGB V und der Jugendhilfe nach SGB VIII am Beispiel eines Modellversuchs beleuchtet und Fallstricke in der Zusammenarbeit dargestellt, die sowohl die Kinder- und Jugendhilfe als auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Veränderungs- bzw. Entwicklungsanforderungen konfrontieren (3.2). Zum anderen werden freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631b BGB in Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der Folie von Gesundheitsförderung gelesen. Dabei kann gezeigt werden, dass auch und

gerade bei diesen besonderen "Problemfällen" die (An-)Forderung an beide Sektoren zu formulieren ist, eine strukturell und konzeptionell gesicherte fallübergreifende Zusammenarbeit einschließlich transparenter Verfahrensregeln zu verankern, so dass die Akteure angehalten sind, bezogen auf die jeweiligen Einzelfälle die „kranken“, „störenden“ und/oder „in ihrer Entwicklung gestörten“ Kinder und Jugendlichen ganzheitlich in ihren biographischen und sozialen Kontexten wahrzunehmen (3.3). Schließlich thematisiert der Ausblick die Notwendigkeit zur Verantwortungsübernahme aller Beteiligten für die Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen, damit Heime als Orte für Salutogenese für die ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen eine nachhaltige gesundheitsfördernde Wirksamkeit entfalten können (4.0).

2 Einleitung

Im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs besteht ein Konsens darüber, dass Gesundheit der Menschen mit ihren Lebenslagen und Lebensweisen verwoben ist. Zahlreiche Studien können belegen, dass es einen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit gibt: „*Armut macht krank!*“ Von was aber ist die Rede, wenn „Gesundheit“ thematisiert und nicht einfach eindeutig von Krankheit (-shäufigkeit) gesprochen wird? Nun hat der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (BMAS 2008) erneut unmissverständlich öffentlich gemacht, dass Kinder in unserer Gesellschaft die Gruppe mit dem höchsten Armutsrisiko darstellen. Dieser Sachverhalt ist für die Kinder- und Jugendhilfe besonders brisant, denn in ihren insgesamt über 105.000 Plätzen in Einrichtungen der (teil-) stationären Erziehungshilfen (vgl. BMFSFJ 2002, S. 240) hat sie es mehrheitlich mit Kindern und Jugendlichen zu tun, deren Teilhabe und Teilnahme – und das heißt auch deren Verwirklichungschancen auf ein gesundes Leben – in unserer Gesellschaft deutlich eingeschränkt wurden und werden. Die Ottawa-Charta der WHO hat mit ihren Inhalten zur Bestimmung von Gesundheit und ihrer Förderung (auch) der Kinder- und Jugendhilfe den Weg geebnet, diese anstößige Gegebenheit nicht mehr einzig unter der – für eine Demokratie überlebenswichtigen – Thematik der (Un-) Gerechtigkeit zu skandalisieren, sondern sich in den sozialpolitischen Auseinandersetzungen zugleich eines anderen, in der Gesellschaft positiv besetzten Wertbegriffs zu bedienen: Gesundheit. Dabei mag die Frage nach den Bedingungen von Gesundheit für an pathogenetischen Faktoren orientierte Disziplinen und Professionen eine relativ neue Perspektive sein. Für die Kinder- und Jugendhilfe trifft die salutogenetische Orientierung der Gesundheitsförderung auf Leitlinien, die für sie spätestens mit der UN-Kinderrechtskonvention (UNICEF 1989) und dem SGB VIII zu zentralen

Elementen ihres Handelns geworden sein sollten: Ressourcenorientierung, Empowerment, Partizipation, Vernetzung. Kriterien, die eine aktive Gestaltung sozialer Orte erlauben und ermöglichen, dass Kinder und Jugendliche, die in ihren Verwirklichungschancen bisher behindert worden sind, durch Maßnahmen der stationären Erziehungshilfe ihre biographisch erworbenen äußeren wie inneren Notlagen bearbeiten und bewältigen können. Allerdings entwickelt sich ein gesundheitsförderndes Setting nicht partikular, sondern im Zusammenwirken mit seiner Umgebung und durch Schaffung von Allianzen mit anderen Settings. Stellt aber eine sektorübergreifende Vernetzungsaktivität in der Kinder- und Jugendhilfe aufgrund zahlreicher struktureller Barrieren per se schon eine hohe Anforderung an die Beteiligten dar, so sind die Kooperationsbemühungen der unterschiedlichen Sektoren, die für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Störung bzw. einer drohenden seelischen Behinderung gesetzlich zuständig sind, durch weitere zahlreiche Hindernisse erschwert.

2.1 Anmerkungen zum Gesundheits(-förderungs)begriff

Lange Zeit hat in den Industrienationen die kurzschlüssige Argumentationsfigur dominiert, die Göckenjan (1985) so formulierte: „Ärzte und Medizin sind zentral für unsere Gesundheit. Gesundheit ist das Wichtigste für jeden von uns, also sind die Ärzte unsere wichtigsten Helfer und Beschützer“ (ebd., S. 19). Diese Sichtweise wird durch historische Analysen (vgl. Laqueur 1992, Honegger 1991), durch die Medizinkritik im Alltag, in der Gesundheitspolitik und in der öffentlichen Diskussion der letzten Jahrzehnte zunehmend und berechtigterweise infrage gestellt. Die Zahl chronisch, auch psychisch kranker oder multimorbider Menschen wächst und die kurativ, auf Heilung, Linderung und Verhütung, ausgerichtete Medizin gerät bei diesem Krankheitsspektrum immer mehr an ihre Grenzen (vgl. Illich 1975). Die Einsicht beginnt sich durchzusetzen, dass viele chronische Erkrankungen, auch psychische Erkrankungen, ganz wesentlich durch die Lebensbedingungen und den Lebensstil des modernen Menschen verursacht werden; eine notwendige und eigentlich überfällige Intervention muss folglich, so die Erkenntnis, wesentlich an diesen Bedingungen ansetzen, um zu erreichen, was vormals die Medizin versprochen hatte – den Erhalt bzw. die Herbeiführung von Gesundheit. Diese Gesundheit ist eben nicht, „ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern Gesundheit ist überhaupt nur dort vorhanden, wo es in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird es nicht erzeugt, dann ist der Mensch bereits krank“ (von Weizsäcker 1986). Damit wird Gesundheit, als unabschließbarer Zustand, zu einem

bestimmenden Kriterium von Lebensqualität¹ und ist keineswegs naiv als Gegenpol von Krankheit zu verstehen.² Die biopsychosozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit konstituieren sich gegenseitig: Menschen sind organische und soziale Wesen, sie sind zur selben Zeit von außen wahrgenommene wie innerlich sich erlebende und sich bewusst nach außen verhaltende Wesen. Die biologische Existenz und die gesellschaftliche Existenz der Menschen sind *ein* Wirkungszusammenhang³. Zur Gesunderhaltung sind folglich gesellschaftliche Strukturen der Ermöglichung von Partizipation und Empowerment zu schaffen, in denen Subjekte Lösungen – entsprechend ihrer jeweiligen Sinnhorizonte – entwickeln können.

So wurden in diversen Forschungsprojekten zur Erhaltung bzw. (Wieder-) Herstellung von Gesundheit subtile Gesundheits- und Gesundungsprozesse aufgezeigt, die auf eine Vielfalt von Gesundheit(en) hinweisen (Blankenburg 1989). Andere Untersuchungen deckten verstehbare Gründe und Motive auf, die Menschen zum Festhalten an gesundheitsriskantem Handeln bewegen: Die Beobachtung, dass Menschen trotz des Wissens um die Folgen an eigenem gesundheitsbedrohlichen Handeln festhalten, hat zur Erkenntnis geführt, dass es spezifische, in der Lebenssituation und Biographie verankerte Wahrnehmungs- und Akzeptanzbarrieren gibt, die nicht nur den Widerstand gegen gesundheitliche Aufklärung begreifbar werden lassen, sondern auch das „Handeln wider besseren Wissens“ für die Bewältigung von Alltagsproblemen (auch in ihrer unbewussten Dynamik) sinnhaft erscheinen lassen (Horn u. a. 1983).

Des Weiteren machen biographische Analysen auf scheinbar paradoxe Fähigkeiten von Probanden aufmerksam: nämlich so gesund zu sein, dass sie auf unerträgliche Lebensumstände oder bei massiven Kränkungen mit einer Krankheit und/oder einem subjektiven Leiden reagieren. Sie konnten über diese Reaktionen schmerzhaft Erfahrungen bewältigen und waren eben nicht darauf angewiesen, mittels Verleugnung diese Belastungen schmerzfrei und unbeschadet zu überstehen oder auf Kosten anderer gesund zu bleiben (vgl. Lamparter u. a. 1997).

¹ Gesundheit ist in dieser Perspektive eine Thematisierungsform historisch-spezifischer Probleme. In dieser kurzen Skizzierung ist ein Konzept von Gesundheit angesprochen, dass sowohl den leiblich-biologischen als auch den gesellschaftlich-soziologischen Grundlagen des menschlichen Lebens gerecht werden will (vgl. Dörr 1999).

² Weil Krankheitszeichen und andere pathologische Erscheinungen eindeutiger zu beschreiben sind als Anzeichen von Gesundheit, spricht der Philosoph Hans-Georg Gadamer (1991) mit gutem Recht von einer „Verborgeneheit der Gesundheit“.

³ Der auf die eigene Lebenspraxis bezogene Ausdruck von körperlichen und psychischen Leiden ist immer eingebettet in soziale Sinnstrukturen, und ist doch zugleich als ein Produkt der persönlichen Verarbeitung jener widersprüchlichen gesellschaftlichen Anforderungen zu sehen.

Weltweit hat sich auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Begriffs von Gesundheit⁴ die Gesundheitsförderung dieser Aufgabe – gesunde Lebensbedingungen herzustellen – angenommen. Entsprechend lenkt sie mit ihren Forschungen, Projekten und Handlungen die Aufmerksamkeit „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“ (WHO 1986) Die Zielformulierung lässt erkennen, dass Gesundheitsförderung durch die Zusammenführung von zwei Ansätzen geprägt ist: die Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz ist mit einer systematischen Politik zu verbinden, die auf Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit abzielt (vgl. Kickbusch 2003, S. 182). Dies impliziert, dass die zwei Schlüsselkonzepte – *Empowerment* und *Intersektoralität* – miteinander verbunden werden müssen: Während Empowerment die Stärkung von Kompetenz und Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zum Ziel hat und dazu explizit an den Ressourcen der Menschen ansetzt, dient Intersektoralität der Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel in eine Vielzahl von Politikbereichen (ebd.). Entsprechend gehören Partizipation, Empowerment und Netzwerkarbeit zu ihren zentralen handlungsleitenden Richtlinien⁵, Methoden, die auch zu den Prinzipien der Sozialen Arbeit zählen. Und in der Tat hat die Soziale Arbeit dem Bereich der Gesundheitsförderung wesentliche Impulse gegeben, so dass sie⁶ gar als eine „ahnungslose Leihmutter“ bezeichnet worden ist, allerdings „instrumentalisiert zur Etablierung innovativer praxisnaher Modellprojekte im Gesundheitsbereich“ (Franzkowiak/Wenzel 2001, S. 720).

⁴ Ihr Gesundheitsbegriff ist positiv ausgerichtet (Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit), kontinuierlich (Gesundheit und Krankheit schließen sich nicht aus), integrativ (Gesundheit und Krankheit sind nicht nur körperlich), prozessual (Gesundheit ist kein Zustand) und eher subjektiv (Gesundheit und Krankheit sind nicht nur objektive Befunde; vgl. Hafen 2007).

⁵ In der Debatte zur Gesundheitsförderung verbinden sich neue Erkenntnisse der Gesundheits- und Sozialwissenschaften mit grundlegenden Veränderungen im Bereich der Gesundheitspolitik und der Professionalisierung im Gesundheitswesen. Zudem hat Franzkowiak (1998, S. 173f.) anschaulich gezeigt, dass der Gesundheitsförderungsansatz selbst zu großen Teilen aus konzeptionellen Grundlagen und Handlungsansätzen der Sozialen Arbeit entstanden ist.

⁶ Ein Blick auf die historische Entwicklung der Sozialen Arbeit zeigt, dass in ihren Anfängen soziale und gesundheitliche Probleme als miteinander verwoben wahrgenommen wurden (vgl. Homfeldt/Sting 2006).

Präventionsprogramme⁷ wurden und werden implementiert, die sich einseitig auf Veränderungen des Gesundheitsverhaltens von Menschen richten und suggerieren, dass Gesundheit maßgeblich über individuelles Verhalten (wie der-)herzustellen und zu sichern sei. Diese umfängliche Überantwortung der Gesundheitssicherung an das Individuum ist mehr als geeignet, notwendige strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensbedingungen zu vernachlässigen und z. B. die erhöhte Morbidität und Mortalität von Angehörigen der unteren sozialen Schicht als ihr Eigenverschulden darzustellen. Damit wird aber die ursprüngliche WHO-Idee der Gesundheitsförderung hintertrieben.⁸ Sie zeichnet sich durch eine deutliche Zurückweisung der Reduktion von Gesundheit auf körperliche Gesundheit aus, wendet sich gegen das Ausblenden des komplexen Zusammenspiels körperlicher, psychischer, sozialer, ökonomischer und physikalisch-materieller Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Gesundheit sowie gegen die Behandlungslastigkeit des modernen Gesundheitssystems, in welchem Symptombeseitigung vorherrscht und weder der Beseitigung von Risikofaktoren bzw. Schutzfaktoren-Defiziten geschweige denn der Konstitution von Gesundheitsfaktoren (Ressourcen) eine wirkliche Bedeutung zugemessen wird (vgl. Hafen 2007).

2.2 Salutogenese: Der Blick auf Ressourcen

Einen besonderen Einfluss auf die Diskussion darüber, wie die Gesundheit von Menschen besser geschützt werden kann, hat das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky⁹ (1923-1994) – ein Konzept, das dafür plädiert, nicht nur zu schauen, was Menschen krank macht (Risikofaktoren, Stressoren), sondern auch auf das, was sie gesund erhält (Schutzfaktoren, Widerstandsressourcen).¹⁰ Eine wesentliche Implikation dieses Modells ist die Aufhebung

⁷ Täglich Sport treiben [„fit statt fett“], den Anti-Raucher-Kurs besuchen, sich einer Grippe-schutz-Impfung zu unterziehen, zu Vorsorgeuntersuchungen gehen.... Gesundheitsförderung ist zwischenzeitlich geradezu zu einem Modebegriff avanciert und wird vielfach traditionellen präventiven Maßnahmen einfach übergestülpt.

⁸ Obgleich die Ottawa-Charta eine breite zustimmende Resonanz gefunden hat, scheitert bisher ihre praktische Bedeutung an einer Fülle real existierender – sich widerstreitender – Interessensgruppen. Insbesondere die Umsetzungsanstrengung auf der sozialstrukturellen Ebene kommt nicht recht voran, sondern beschränkt sich eher auf einzelne Modellprojekte. Dagegen existieren zahlreiche (Neu-) Formulierungen der verhaltens- und individuumbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention.

⁹ Auch wenn dieses „Kontinuum-Konzept“ in der Regel Antonovsky zugeschrieben wird, so ist doch festzuhalten, dass diese Sicht bereits 1952 von Gordon, O'Rourke, Richardson und Lindemann formuliert wurde (vgl. Lamprecht 1997, S. 22).

¹⁰ Hinzu kommt, dass sich die Anhänger eines Pathogenese-Konzepts in der für sie misslichen Situation befinden, dass die Empirie ihre eigene Annahme, d. h. die Annahme einer eindeutigen Diagnostizierbarkeit von Krankheit, nicht (mehr) stützt.

der Dichotomie von gesund und krank, denn das Verhältnis dieser beiden Kategorien wird nunmehr auf einer Kontinuums-Achse abgebildet.¹¹ Werden Menschen auf dem Gesundheitskontinuum krank/gesund verortet, so sind sie nicht nur "mehr oder weniger krank", sondern auch "mehr oder weniger gesund". Es interessieren also auch ihre gesundheitlichen Ressourcen und ihre Stärken, sowie die Möglichkeiten ihrer Förderung. Wie groß auch die Einschränkungen eines Menschen sind, es stellt sich immer auch die Frage, welche Kräfte führen zu einer Bewegung auf dem Kontinuum "gesund – krank"? Wie und durch welche Unterstützungen kann er oder sie sich in Richtung des gesunden Pols bewegen? Wie können die Menschen mit gesundheitlichen Beschwerden und Beeinträchtigungen umgehen, damit sie ihre Position auf dem Gesundheitskontinuum erhalten oder verbessern (vgl. Antonovsky 1997)?¹² Damit lenkt das Paradigma der Salutogenese den Blick auf die biopsychosozialen Ressourcen der Menschen, auf die Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung auf individueller und lebensweltlicher Ebene sowie auf die ganzheitlich verstandenen Krankheitsprozesse einer Person in ihrem biographischen und sozialen Kontext: Menschen gestalten ihre Umwelten nicht nur aktiv, sondern auch durch interpretative Prozesse, also durch Bewertung, Sinngebung und Einordnung von Erfahrungen. Umgekehrt befindet sich die Umwelt in steter Veränderung und verlangt dem Subjekt Anpassungsleistungen ab. Menschen passen sich Umweltveränderungen in flexibler Weise an, d. h. sie formen und verändern ihre Wahrnehmungs- und Handlungscharakteristika im Austausch mit diesen Umwelten fortlaufend. In anderen Worten: Das Subjekt-Umwelt-System befindet sich im Zustand des Fließgleichgewichts.

Um den Zusammenhang von Widerstandsressourcen und krankmachenden Einflüssen auf den Menschen differenzierter beschreiben zu können, entwickelte Antonovsky ein übergreifendes Konzept, dem er den Namen „Kohärenzgefühl“ (sense of coherence; SOC) gab. Die von ihm gegebene Definition des Kohärenzgefühls bezeichnet: „... a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic, feeling of confidence that one's internal und external environments are pre-

¹¹ Zu Ende gedacht stellt dieser Perspektivenwechsel einen erheblichen Sprengsatz für unser bestehendes Gesundheitssystem dar, sind doch die praktischen Auswirkungen dieses Gedankens mit dem bestehenden Medizinsystem nicht in Einklang zu bringen. Denn unsere gesamte medizinische Versorgung und alle Sozialleistungsbezüge basieren darauf, dass ein Zustand wie „Krankheit“ eindeutig diagnostizierbar ist. Gibt man diesen Grundgedanken auf, so geraten nicht nur alle Diagnose- und Klassifikationsschemata ins Wanken, sondern der gesamte „Gesundheitssystem“ genannte Apparat (vgl. Franke 1997, S. 41f.).

¹² In der Medizin hat dies außerordentliche Relevanz in der Diagnostik von Krankheiten, da sowohl die subjektive Bedeutungszuschreibung als auch die ökosoziale Lebenssituation des Menschen in den Prozess einbezogen werden sollen.

dictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonable be expected.“ (Antonovsky 1987)¹³

Das Kohärenzgefühl beschreibt damit eine subjektive Grundeinstellung gegenüber unvorhergesehenen und belastenden Ereignissen. Es geht also darum, wie ein Individuum potenziell belastende Umweltreize antizipiert und bewertet, vor dem Hintergrund eines Vertrauens in die Möglichkeiten der eigenen Bewältigung und der Unterstützung von außen. Damit wird das Konstrukt *Kohärenzgefühl* zu einer der wichtigsten Determinanten für die Positionierung eines Individuums auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum. Ausdrücklich verweist Antonovsky (1987) darauf, dass sein Konzept des *Kohärenzgebühls* nicht ein spezifisches oder soziales Bewältigungsmerkmal beschreibt, sondern entscheidend sei das flexible Verfügen über ein Repertoire von Bewältigungsmöglichkeiten, die situationsadäquat eingesetzt werden können. Dabei sieht er die individuellen Erlebnisse als von dem makrosozialen Umfeld geformt, und die eigentlichen Quellen des *Kohärenzgebühls* liegen in der „Natur“ der Gesellschaft und der sozialen Situation, in die der einzelne in einer konkreten Gesellschaft eingebunden ist. Mit dem Einbezug dieser Überlegungen wird abermals deutlich, dass Gesundheitsförderung zwar eine individuelle Seite hat, aber vor allem auch eine soziale und politische.¹⁴

Wenn wir uns die drei Komponenten vergegenwärtigen, die den Kern dieses Konzepts (*sense of coherence*) bilden,

- *Verstehbarkeit*: meint das Ausmaß, in dem die Reize und Situationen, mit denen man alltäglich konfrontiert wird, Sinn machen und kognitiv als klare, geordnete Information verstanden werden können,
- *Bewältigbarkeit*: meint das Ausmaß, in dem man die Anforderungen, die auf einen zukommen, mit den verfügbaren Ressourcen als bewältigbar wahrnimmt,
- *Sinnhaftigkeit*: stellt das motivationale Moment dar und bezieht sich auf das Ausmaß, in dem ein Leben emotional Sinn macht, das heißt in dem die Probleme und Anforderungen des Lebens als solche erlebt werden, für die es sich einzusetzen lohnt,

¹³ „(...) eine allgemeine Einstellung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften, zugleich aber dynamischen Vertrauens beschreibt, dass die innere und äußere Umwelt vorhersagbar und überschaubar ist, und dass sich die Dinge so gut entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann.“ (Lamprecht/Sack 1997, S. 23)

¹⁴ Gleichwohl, das Konzept ist individual-psychologisch konzipiert und gilt als eine relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft, die im Wesentlichen in der frühen Kindheit geprägt und vom Erwachsenenalter bis ins hohe Lebensalter relativ gleich bleibt. Eine Behauptung, die angesichts neuerer Lebenslaufforschung revidiert werden muss (vgl. Siegrist 1997).

dann wird erkennbar, Gesundheit und Krankheit sind nicht für alle dasselbe.¹⁵ Nicht die Ereignisse an sich, sondern die seelisch-geistige Struktur, die Subjekte im Verlauf ihres Lebens entwickelt haben, legt vorrangig fest, welche subjektive Bedeutung Lebensereignisse erlangen und welche Folgerungen Menschen daraus ziehen. Daraus ergibt sich die Forderung, dass sowohl Präventionskampagnen als auch Konzepte der Gesundheitsförderung die Geschichtlichkeit menschlichen Handelns und Erlebens einschließlich der jeweils unbewussten Sinnzuschreibungen in ihren Fokus einzubeziehen haben. Mit anderen Worten: Die salutogenetische Perspektive entfaltet ihre Schärfe, wenn sie durch eine Biographieorientierung professionellen Handelns flankiert wird. Damit kann die Anschlussfähigkeit dieser gesundheitsbezogenen Denkweise für die Kinder- und Jugendhilfe (wieder-) hergestellt werden. Genau genommen handelt es sich nämlich um eine Rückgewinnung gesundheitlicher Fragestellungen und damit verbundener Kompetenzen der Sozialen Arbeit. Ein Blick in ihre Geschichte verdeutlicht, dass die Soziale Arbeit „seit mehr als hundert Jahren mit Fragen von Public Health (früher: „Sozialhygiene“) befasst gewesen ist, und auf eine lange Tradition in der öffentlichen Gesundheitspflege und -fürsorge zurückblicken kann.“ (Homfeldt/Sting 2006, S. 13)¹⁶

3 Heime als Orte für Salutogenese

3.1 Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe

Dass die Verbreitung gesundheitlicher Beeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen ein wichtiges Forschungs- und Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe ist, und dass es wichtig ist, genauere Kenntnis sowohl über die schicht- bzw. milieuspezifischen und regionalen Benachteiligungen sowie über die relativen Einflussstärken einzelner Risikofaktoren für das kindliche Aufwachsen zu haben, steht spätestens nach den TIMSS- und PISA-Studien, den

¹⁵ Die Existenz einer beträchtlichen Vielfältigkeit von Lebensentwürfen, in unterschiedlicher historischer Verortung, in differenten Milieus, legt die Konsequenz nahe, nicht nur die Tatsache vieler Krankheiten in ihren historisch-sozialen Kontexten zur Kenntnis zu nehmen, sondern dies ebenso für die Bandbreite von Gesundheit(en) anzuerkennen. Dies erzwingt, den bestimmten Artikel – „die“ Gesundheit – aus den Diskursen über Gesundheit auszuklammern (vgl. Dörr 2005).

¹⁶ Für Alice Salomon war die Gesundheitsfürsorge ein selbstverständlicher Bestandteil des „Gesamtgebietes der Wohlfahrtspflege“, in der es darum ging, den Menschen in seiner gesamten äußeren Existenz zu sichern, „in seiner Lebenshaltung, im Erwerbsleben, in körperlicher und geistiger Gesundheit, in der Selbstbehauptung gegenüber der Umwelt, als Glied der Kultur-gemeinschaft des Volkes“ (Salomon 1998, S. 134, zitiert nach Homfeldt/Sting 2006, S. 11).

Shell-Jugendstudien, aber auch durch die diversen Befunde zur Zunahme von psychosozialen und psychosomatischen Symptomen bei Kindern und Jugendlichen aus dem Umfeld des Bielefelder Sonderforschungsbereichs „Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter“ sowie des KiGGS des Robert Koch-Instituts außer Frage.

Diese Befunde veranschaulichen, dass Gesundheit mehr denn je nicht mehr allein ein Aufgabenfeld des Gesundheitssektors sein kann, denn wenn Gesundheit ein sämtliche Lebensbereiche durchziehendes Kriterium der Lebensqualität ist, die das biopsychosomatische Wohlbefinden beeinflusst, dann muss dieses Kriterium auch zu einem zentralen Fokus der Kinder- und Jugendhilfe werden. Veränderungen der Lebensbedingungen für Kinder und Jugendliche – wie z. B. die Zunahme an Stress, Leistungsdruck, Lebenstempo – sowie veränderte Krankheitsbilder (Zivilisationskrankheiten) zwingen dazu, Gesundheitsprobleme stärker im Kontext individueller und kollektiver Lebensweisen zu betrachten, dabei das Zusammenspiel von Belastungen, Bewältigungs- und Schutzfaktoren wahrzunehmen und die individuellen sowie sozialen Bewältigungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche auszuloten. Dabei ist das Risiko körperlicher und psychischer Beeinträchtigung – bis in schwere Entwicklungsstörungen und psychosomatische Erkrankungen, Essstörungen und psychiatrisch relevante „Verhaltensstörungen“ hinein – sehr unterschiedlich verteilt (vgl. Robert-Koch-Institut 2007).¹⁷ Dass ein Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit besteht, konnte bisher in zahlreichen Studien nachgewiesen werden (vgl. Mielck/Helmert 1994, Mielck 1999), und wie die neuere Armutsberichterstattung zeigen kann, sind es gerade junge Menschen, die in Deutschland einem erhöhten Armutsrisiko unterliegen. So verweist der Sachverhalt, dass sozial Benachteiligte nach wie vor die Hauptadressatengruppe der Kinder- und Jugendhilfe sind, auf die Relevanz gesundheitsbezogener Fragen in der Kinder- und Jugendhilfe. Einer komplexen Mischung lebensweltlicher Belastungen, die sich negativ auf den Gesundheitsstatus und das gesundheitsrelevante Verhalten¹⁸ auswirken, sind

¹⁷ „So findet man im Bereich der psychischen Gesundheit bei 11,5% der Mädchen (M) und 17,8% der Jungen (J) Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten oder emotionale Probleme. Die häufigsten Problembereiche sind Verhaltensprobleme (M = 11,9%, J = 17,6%), emotionale Probleme (M = 9,7%, J = 8,6%) und Hyperaktivitätsprobleme (M = 4,8%, J = 10,8%). (...) Die am schwersten wiegende Erkenntnis ist, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien nicht nur in einzelnen Bereichen von Gesundheit und Lebensqualität schlechtere Ergebnisse aufweisen, sondern in durchweg allen. In dieser Gruppe findet man eine Häufung von Risikofaktoren, eine Häufung von Unfällen, Krankheit, Übergewicht, Umweltbelastungen, eine schlechtere gesundheitliche Versorgung und häufigere psychische Auffälligkeiten. Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben weniger personale, soziale und familiäre Ressourcen.“ (Robert-Koch-Institut 2007)

¹⁸ Gesundheitsrelevantes Verhalten ist in die Lebensweise eines sozialen Milieus, in dessen Bräuche und Gewohnheiten eingebettet, die wiederum auf die spezifischen sozialen Lebensbedingungen bezogen sind (vgl. Rosenbaum 2001).

insbesondere die Kinder und Jugendlichen ausgesetzt, die Adressatinnen und Adressaten der stationären Kinder- und Jugendhilfe sind (vgl. Höfer 2000). Dennoch müssen Pluto u. a. (2007, S. 90ff.) in ihrer empirischen Studie „Kinder- und Jugendhilfe im Wandel“ bezüglich der Reaktionsformen der Jugendämter auf soziale Problemlagen bilanzieren: „Trotz der inzwischen vielfach belegten negativen Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen kommen Angebote, die explizit auf Gesundheitsförderung setzen, in den Antworten der Jugendämter nicht vor.“ (ebd., S. 92)

Viele der beschriebenen Leistungen und Aufgaben des Kinder- und Jugendhilfebereichs, die die Situation der Adressatinnen und Adressaten stabilisieren und verbessern, mögen zwar implizit gesundheitliche Auswirkungen nach sich ziehen, doch werden sie mit keiner expliziten Reflexion auf Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Gesunderhaltung verknüpft. Eine Ausnahme findet sich im § 11(3.1) SGB VIII, in dem gesundheitliche Bildung als Schwerpunktaufgabe außerschulischer Jugendbildung in der Jugendarbeit genannt ist. Ansonsten lassen sich aus dem § 14 „Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz“, dann fachlich begründet, Leistungen der Gesundheitsförderung ableiten, wenn er in Richtung einer positiv ausgerichteten, an Selbstwert, Kompetenzen und Ressourcen orientierten Förderung neu konzipiert würde. Diese weitestgehende Leerstelle haben die Autorinnen und Autoren des 11. Kinder- und Jugendberichts kritisiert und angemerkt, dass eine stärkere Einbeziehung gesundheitlicher Fragen im SGB VIII – z. B. die gesundheitliche Relevanz der stationären Erziehungshilfe und des betreuten Wohnens oder die stärkere Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte bei der Hilfeplanung –, das „gesundheitsbezogene Profil“ der Kinder- und Jugendhilfe schärfen würde (vgl. BMFSFJ 2002, S. 226 ff.). Durchdacht schlagen sie daher einen Perspektivenwechsel von der veralteten Gefahrenabwehrkonzeption zu einem „Angebots- und Förderungsgesetz“ vor (vgl. BMFSFJ 2002, S. 227, 231).

Dies stellt (auch) die Kinder- und Jugendhilfe vor die Aufgabe, ihr fachliches Handeln im Hinblick auf Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen zu entwerfen und darüber zu legitimieren. Dabei bedarf dieser Blickwinkel keiner wirklich neuen und/oder anderen Vorgehensweise, denn die Prämissen der Ganzheitlichkeit, der Lebensweltorientierung sowie der Ressourcenorientierung sind gerade aus der Sozialen Arbeit heraus in die Gesundheitsförderung transportiert worden. Eine Fokussierung der Sozialen Arbeit auf den gesellschaftlichen Zentralwert „Gesundheit“ kann das diskursive Umdenken im Verständnis von Gesundheit und Krankheit auch ins Handlungsfeld der stationären Erziehungshilfe übertragen: Gesundheitsprobleme – auch die von Kindern und Jugendlichen der stationären Erziehungshilfe – sind mit der Lebenslage und Lebensweise der Subjekte ver-

flochten und erfordern – im Unterschied einer schulmedizinisch einseitigen pathogenetischen Orientierung und individuumzentrierten Behandlung – eine ganzheitliche biografische Perspektive auf die Person, deren subjektive Sicht des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens und ihre subjektiven Möglichkeiten zur Bewältigung von Belastungen und Krisen (vgl. Hanses 2002).¹⁹ In diesem Zusammenhang kommen den spezifischen sozialpädagogischen Zugängen wie „Empowerment“, „Partizipation“, „Netzwerkarbeit“, „Milieubildung“, „Beratung“ – als Leitperspektive(n) biographischer Intervention (vgl. Böhnisch 2005) – eine weitere zentrale Bedeutung zu.

3.2 „Heim“ als gesundheitsförderndes Setting

Heime, als Einrichtungen der stationären Erziehungshilfe, können für die dort lebenden Kinder und Jugendlichen wichtige, förderliche oder verhindernde Orte des Aufwachsens sein, für die pädagogischen Fachkräfte gesundheitsfördernde oder krank machende Arbeitsplätze, für Eltern bedeutende Unterstützungseinrichtungen oder Missachtungsinstitutionen. Als pädagogische Orte (Winkler 1998; Bernfeld 1971), die sich idealerweise durch Schutz, Versorgung, Fehlerfreundlichkeit, Gemeinschaft, Offenheit und Lernerfahrungen auszeichnen, bieten sie die Möglichkeit, dass Kinder und Jugendliche am institutionellen Geschehen teilhaben, indem sie sich diese Orte aktiv aneignen können. So stellt der konkrete soziale Ort „Heim“ für die darin lebenden Kinder und Jugendlichen mögliche Alternativen zur Verarbeitung entwicklungstypischer Konflikte bereit, wie er auch entwicklungsspezifische Konfliktbewältigungsformen allererst erzwingt, denn es ist der soziale Ort, der über die wünschbare Bandbreite der Herstellung und Unterstützung biographischer Wahlmöglichkeiten entscheidet, er vermittelt das soziale Handeln und markiert die in den Körper eingeschriebene Milieuprägung von Kindern und Jugendlichen (vgl. Dörr 1996).

Zu Orten der Salutogenese werden Heime, wenn sie sich dadurch auszeichnen, dass sie den darin involvierten Menschen wesentliche Erfahrungsmodi zur Entwicklung einer starken psychischen Widerstandsfähigkeit ermöglichen: Dazu gehören Erfahrungen der Selbstwirksamkeit über ein erfolgreiches Handeln in der Alltagswelt; Erfahrungen des Selbstwertes über Rückmeldungen durch signifikante Andere sowie Erfahrungen der Selbst-Einbindung über eine Integration in eine größere Gemeinschaft. Allen drei Dimensionen gemeinsam ist, dass sie sich nur im Medium der Transaktion zwischen Person und sozialer Umwelt ausbilden können. Erst die Erfahrung

¹⁹ „Ziel ist hierbei weniger die Beseitigung akuter Symptome, als die langfristige Verbesserung der gesundheitlichen Lebensqualität.“ (Homfeldt/Sting 2006, S. 15)

der wirksamen Einflussnahme auf die Lebenswelt, die Erfahrungen der Bestätigung/Anerkennung durch bedeutsame Andere und die Zugehörigkeit zu einer als wichtig erachteten Mitwelt konstituieren eine soziale Chancenstruktur, die begründet als ein Gesundheit ermöglichendes Setting bezeichnet werden kann. Das Ausbleiben solcher Anerkennungserfahrungen evoziert negative Emotionen und Disstresszustände, blockiert die Entwicklung sozio-emotionaler Motivationen zum aktiven Handeln und gefährdet eine wirksame Selbstregulation, die sich nicht allein im individuellen Handeln der Subjekte auswirkt (vgl. Siegrist 1997, S. 102f.). Störungen der Regulation von Gefühlen schlagen sich ebenso in der Leibdimension, als psychosomatische Symptome nieder und/oder sie konstituieren Handlungs- und Beziehungsmuster, die als „versteinerte Institutionen“ den Charakter einer überindividuellen Macht annehmen und bei den darin involvierten Menschen zu einer Quelle seelisch-körperlichen Leidens werden können (vgl. Leithäuser/Volmerg 1981, Menzies 1974, Mentzos 1988). Folglich ist es nur konsequent, wenn der Soziale Ort als Schlüsselkategorie zur zentralen Schaltstelle sozialpädagogischen Nachdenkens und Handelns wird.

Der Settingansatz der Gesundheitsförderung kann die Bedeutung dieser Schaltstelle für die Sozialpädagogik stärken. Ausdrücklich adressiert er den alltäglichen Lebensraum der Menschen als den sozialen Ort, in dem jene Interventionen greifen sollen, die der Schaffung und der Förderung gesunder Sozialräume gerecht werden.²⁰ Entsprechend richtet sich eine dem Settingansatz verpflichtete professionelle Praxis nicht an einzelne Menschen, Personengruppen und/oder ihr individuelles Gesundheits- oder Risikoverhalten, sondern geht von der Tatsache aus, dass das Leben von Menschen in sozialen Kontexten wie Familie, Gemeinde, Arbeitsplatz, in der Schule und eben auch in (teil-)stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe stattfindet, und dass sich die Einflüsse dieser Settings mittelbar oder unmittelbar auch auf Wohlbefinden und Gesundheit von Einzelnen und Gruppen auswirken: Gesundheit wird dort hergestellt, wo Menschen arbeiten, wohnen, leben, spielen und konsumieren. Konsequent zielt der Setting-Ansatz auf diese Lebenszusammenhänge, lebensgerechte und somit gesundheitsstärkende Bedingungen – also gesundheitsförderliche Strukturen – zu schaffen. Die Anstrengungen sind nicht auf die Reduktion einzelner Risikofaktoren in einem sozialen System gerichtet, sondern auf die Erfüllung von Gesundheit als Organisationsprinzip. Das heißt, die Intervention setzt am sozialen System selbst an und verändert Kommunikationsstrukturen, insbesondere Entscheidungen und Regeln innerhalb des Systems. Konsequent folgt daraus die

²⁰ Dieser Ansatz, der in der Sozialen Arbeit vor allem in der Gemeinwesenarbeit, aber auch in der Lebensweltorientierung fest verankert ist, und in der Sozialraumorientierung in modifizierter Weise fortgeführt wird, ist für die Gesundheitsförderung von der WHO 1986 als zentrales Konzept für ihre Praxis übernommen worden (vgl. Franzkowiak 2006).

Fokussierung auf die „Formulierung von organisationsinternen gesundheitspolitischen Leitlinien, eines Aufbaus von qualifizierbare Erfolgskriterien und konkreten Zielvorstellungen sowie einer Einführung von partizipativen Managementpraktiken“ (BZgA 2004, S. 10).

Die Fachwelt differenziert zwischen „Gesundheitsförderung im Setting“ und „gesundheitsförderndem Setting“ (Baric 1998): Im ersten Fall wird ein Setting als soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Einflussfaktoren aus der Umwelt auf eine bestimmte Personengruppe umfasst (Gesundheitsförderung im Setting).²¹ Im zweiten Fall wird Setting als ein System begriffen, in dem die Bedingungen für Gesundheit und Krankheit gestaltet werden können (gesundheitsförderliches Setting). Dieses letztere Konstrukt eröffnet die Möglichkeit, soziale Kontexte als gesundheitsadäquat veränderbare Interventionsfelder zu begreifen.

Als notwendige Bedingung für eine gesundheitsfördernde Settinggestaltung gilt, dass alle Hierarchieebenen, die Funktions- und Fachvertreter/-innen und nicht zuletzt die Betroffenen in diese Entwicklung einzubeziehen sind. Dies bedeutet ein sehr kommunikationsintensives Vorgehen, in dem es darum geht, verschiedene Perspektiven zu integrieren. Hierbei ist zu beachten, auch für die Betroffenen in benachteiligten und abhängigen Positionen und (auch) entsprechend ihres Alters, angemessene Strategien zu implementieren, um deren Einfluss-, Beteiligungs- und Wahlmöglichkeiten zu erhöhen und Optionen für Handlungsalternativen zu schaffen, sind doch Partizipation und Empowerment die wichtigsten Elemente einer gesundheitsfördernden Systementwicklung. Wenn daher in stationären Einrichtungen der Erziehungshilfe „Gesundheit“ eine umfassende Leitidee sein soll, dann haben sich die Maßnahmen darauf zu konzentrieren, die Organisationsstruktur und die Organisationskultur für alle Beteiligten in diesem Sinne zu verändern.

Der Rahmen von „Heimerziehung“ realisiert sich in institutionellen Strukturen mit einem komplexen Netz aus Verantwortlichkeiten und ist daher mit bestimmten Strukturen und Zuweisungsmechanismen verbunden. Heimerziehung wird in öffentlicher Trägerschaft²², aber in weit überwiegendem Maß

²¹ Hier ist zum einen zu vermuten, dass Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Gesundheitsförderung in der Heimerziehung eine bedeutende Rolle spielen und so selbstverständlich zum Alltag gehören, dass sie von den Akteurinnen und Akteuren kaum als solche wahrgenommen werden (z. B. Hygiene, Zahnpflege, gemeinsames Frühstück, regelmäßige Sport- und Bewegungsangebote, Drogenprävention, Sexualaufklärung etc.). Zum anderen steht die Frage im Raum, ob und wenn ja, inwiefern Gesundheitsförderung im Setting „Heim“ ein ausdrückliches Ziel der stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe ist.

²² Im steigenden Maße ziehen sich die Jugendämter als öffentliche Träger aus den einzelnen Handlungsfeldern – auch aus den Angeboten stationärer Erziehung – zurück und konzentrieren sich auf Bereiche der Verwaltung, der Planung und der Steuerung und verzichten damit auf eigene Erfahrungen bei der Umsetzung von Planungs- und Steuerungsideen (vgl. Pluto u. a. 2007, S. 14). „Der Rückzug der öffentlichen Träger ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass sich mehr und mehr ein Markt sozialer Dienstleistungen für privat-gewerbliche Träger öffnet,

von Trägern der freien Jugendhilfe betrieben und in deutlich wachsender Zahl auch von privat-gewerblichen Trägern. Ihre Rechtsgrundlage bildet der § 34 SGB VIII in Verbindung mit § 27 SGB VIII (Hilfen zur Erziehung).

Heimerziehung oder Erziehung in sonstigen Formen betreuten Wohnens „soll Kinder und Jugendliche durch eine Verbindung von Alltagsleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten in ihrer Entwicklung fördern. Sie soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand sowie den Möglichkeiten der Verbesserungen 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).

„Die Betreuungsform Fremdunterbringung in Heimen, die lange Zeit das Gesicht der erzieherischen Hilfen prägte, hat sich in den vergangenen Jahrzehnten quantitativ und qualitativ stark verändert.“ (van Santen, Seckinger 2003, S. 228) Die erste fachlich fundierte Neuorientierung wurde durch die Heimkampagne der 1970er Jahre ausgelöst (vgl. IGfH 1977).²³ Für weitere Veränderungen in den 1990er Jahren war insbesondere der 8. Kinder- und Jugendbericht (BMJFFG 1990) prägend, der maßgeblich unter dem Leitgedanken der Lebensweltorientierung stand. Als „Strukturmaximen“ ergeben sich nach Hans Thiersch daraus für die Kinder- und Jugendhilfe: Prävention, Dezentralisierung/Regionalisierung, Alltagsorientierung, Integration und Partizipation. Grundsätze, die wesentliche Potenziale zur Herstellung gesundheitsfördernder Strukturen in der Kinder- und Jugendhilfe allgemein, und damit auch in der Heimerziehung bereithalten.

Derzeit umfasst Heimerziehung eine Vielzahl unterschiedlicher Lebensorte und Sozialräume, so dass eine Einrichtung durch die Bezeichnung „Heim“ nicht ausreichend spezifiziert ist und deshalb nicht mit einem anderen Heim verglichen werden kann (vgl. Pluto u. a. 2007, S. 74): Es haben sich Wohngruppen gebildet, deren Alltag nicht mehr von zentralen Versorgungsstrukturen (Küche, Speisesaal, Wäscherei) bestimmt wird, sondern im Sinne lebensnaher Funktionsbereiche und verstärktem Sozialraumbezug geöffnet wurde. Stationäre Einrichtungen, die zusätzlich zu ihrem Stammhaus Außenwohngruppen haben, heilpädagogische und therapeutische Heime, Kinder-

²² Fortsetzung: was wiederum eine Folge des gesteigerten Effizienzdruckes auf dem sozialen Sektor darstellt.“ (ebd., S. 15)

²³ Das Wissen um die unhaltbaren Zustände in den als „Kinderknäste“ inkriminierten Einrichtungen und die Skandalisierung der Heimerziehungspraxis im Rahmen der „Heimkampagnen“ führten schließlich zur grundlegenden Reformierung der Heimerziehung, die sich von „der Totalen Institution (hin) zum lebensweltorientierten Hilfearrangement“ (BMFSFJ 1998, S. 42) weiter entwickelte (vgl. Wolf 1995).

dörfer, Kinderhäuser, Kleinstheime, betreute Wohngemeinschaften, sozialpädagogisch betreutes Wohnen, Kinder- und Jugendnotdienste, Aufnahme- und Klärungsstellen usw.²⁴ Neuere Schlüsselbegriffe wie „Entspezialisierung“ und „Flexibilisierung“ führen zu weiteren unterschiedlichen Betreuungssettings in der Heimerziehung, entsprechend existieren auch vielfältige pädagogische Konzeptionen. Insofern sind Bestimmungen des Leistungsprofils der Heimerziehung und eine Abgrenzung zu den ambulanten und teilstationären Maßnahmen schwierig (vgl. Wolf 1995).

Bei dieser Neuorientierung ist nun die Heimerziehung in einem Spannungsfeld gefangen. Einerseits folgt sie in ihrer Konzept- und Methodendiskussion einer „ökologischen“ Sichtweise: Wie können sich Heime für ihre Umgebung öffnen und sich stärker in ihr lokales und regionales Umfeld integrieren? Wie lassen sich ihre pädagogischen Ressourcen besser vernetzen – etwa in Form von Hausaufgabenhilfen, Tagesbetreuung, Elternberatung, Freizeitangeboten etc. Nicht mehr enges Spezialistentum, sondern ein ganzheitliches Erziehungsverständnis, das nach den lebensweltlichen Ressourcen der Adressatinnen und Adressaten fragt und diese zu verbessern sucht, steht dabei im Mittelpunkt. Im gleichen Zuge wurden konzeptionell die individuellen Rechte der Kinder und Jugendlichen auf Privatheit, Emanzipation, Selbstverwaltung und Autonomie stärker in den Vordergrund gerückt. Für das konkrete sozialpädagogische Handeln bedeutet dies im Wesentlichen, an den Sinnkonstruktionen und subjektiven Bedarfslagen der Adressatinnen und Adressaten anzuknüpfen. Andererseits sieht sie sich aber mit einer wachsenden Nachfrage nach spezifischen pädagogischen Konzepten für junge Menschen konfrontiert, die aufgrund sozialer, familiärer und schulischer Belastungen als ganz besonders schwierig gelten. Oft handelt es sich dabei um „Grenzfälle“, bei denen eine genaue Abgrenzung zwischen den Aufgaben der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie problematisch ist (vgl. Kapitel 3). Nachdem in der Vergangenheit versucht wurde, in Bezug auf die Probleme und Symptome dieser Adressatinnen und Adressaten spezialisierte Arbeitsteilungen zu entwickeln, sind mittlerweile die kontraproduktiven

²⁴ „Die Erhebung bei (teil-) stationären Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung gibt Hinweise darauf, wie differenziert sich allein der Bereich der (teil-) stationären Hilfen in dem Arbeitsfeld der gesamten Hilfen zur Erziehung darstellt. Die meisten Einrichtungen der Erhebung bieten Heimerziehung (70%) und betreutes Wohnen (52%) an. 89% der Einrichtungen sind rein stationäre Einrichtungen, 7% sind teilstationäre Einrichtungen und 3% haben sowohl stationäre als auch ambulante Angebote. Zwei Drittel der Einrichtungen geben mindestens zwei unterschiedliche Angebote an. Der erstaunlich hohe Anteil von ‚sonstigen Angebotsformen‘ entsteht dadurch, dass viele der Einrichtungen sich nicht nur auf das Kerngeschäft der Hilfen zur Erziehung beschränken, sondern darüber hinaus auch Angebote in anderen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch des BSHG, anbieten. In dieser Kategorie befinden sich Projekte der Jugendberufshilfe ebenso wie Rehabilitationsprojekte für Drogenabhängige.“ (Pluto u. a. 2007, S. 73f.).

Folgen solcher institutionellen Differenzierungen erkannt. Spezialheime mit hochselektiver Klientel, so die Lehre aus zurückliegenden Erfahrungen mit der Heimdifferenzierung, können die Tendenz zu häufigen Verlegungen verstärken, die für Kinder und Jugendliche jedes Mal mit Beziehungsabbrüchen, Enttäuschungen und Verletzungen verbunden sind (vgl. Blandow 1997, Henkel u. a. 2002).

3.3 Paradoxien und Fallstricke in der Heimerziehung: Strukturelle Barrieren einer salutogenetischen Praxis

Trotz der insgesamt positiven Entwicklungen bleibt der unaufhebbare „Widerspruch zwischen der Wunschvorstellung eines Lebens- und Entwicklungsumfeldes mit stabilen, verlässlichen und gewachsenen Beziehungen und dem, was in einer professionell organisierten Einrichtung diesbezüglich realisierbar ist“ (van Santen 2006, S. 228). Heimerziehung erfolgt in einem öffentlich-rechtlich organisierten Rahmen mit gesellschaftlichem Auftrag und stellt somit, im Vergleich zur familialen Erziehung, ein künstlich gestaltetes Setting dar. In Differenz zur strukturellen Unkündbarkeit familialer Beziehungen erfüllt die Hilfe zur Erziehung lediglich einen – in der Regel auf der Grundlage von Zielen – beschränkten Erziehungsauftrag, der zeitlich befristet geleistet wird: Öffentliche Erziehung erfolgt an einem bestimmten Ort und in bestimmten Gebäuden, sie ist vom Wechsel der Betreuungskräfte sowie vom Wechsel der zu betreuenden jungen Menschen unabhängig, die Betreuungskräfte sind pädagogische Fachkräfte, sie stehen in einem Arbeitsverhältnis oder sonstigem weisungsgebundenen Verhältnis zum Träger (z. B. Verein, GmbH, GbR, Stiftung). Unterschiedlich sind auch die Zusammensetzung der jeweiligen Teams (in Bezug auf Erfahrung, Qualifikation und Motivation) und die Kinder/Jugendlichen und Eltern. Von nicht minderer Bedeutung sind die in der Gruppe geltenden Regeln bzgl. Beurlaubung, Ausgang, Taschengeld usw., die Möglichkeit, an ihrer Gestaltung zu partizipieren, schließlich auch die Freizeitangebote in einer Gruppe, der Tagesablauf und nicht zuletzt die pädagogischen Fachkräfte selber, ihre Art, mit den Kindern und Jugendlichen umzugehen, ihre Bereitschaft, sich um deren Probleme zu kümmern, auf sie einzugehen, usw.

Zwar handelt es sich bei den stationären Hilfen um einen als Handlungsfeld abgegrenzten Bereich, insofern kann die Gestaltung dieses Ortes durch die Menschen, die an ihm leben, eine hervorgehobene Rolle für die subjektiven Aneignungsprozesse spielen. Aber trotz aller Reformen treffen sie dabei auf schwierige institutionelle Bedingungen wie Schichtdienst, Fluktuationen der Kinder oder Jugendlichen und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie (drohende) Verlegungen (Freigang/Wolf 2001) die eine Bewältigung der

Lebenssituation der Kinder oder Jugendlichen zusätzlich erheblich erschweren. Welche biographischen Bedeutungen die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für die Jugendlichen erlangen, ist insgesamt von vielfältigen Faktoren abhängig. „Ihre wichtigsten sind – in der Sprache von Akten – erstens die Vorgeschichte eines Jugendlichen, also das Gesamt der biographisch ‚gespeicherten‘ Erfahrungen, Handlungsmuster und Anpassungsformen, zum zweiten der institutionelle und personale ‚Umgang‘ mit einem Jugendlichen und zum dritten die sich dem schließlich entlassenen Jugendlichen eröffnenden oder ihm versperrenden gesellschaftlichen Perspektiven. Biographie, Institution, der Eigensinn von zwischenmenschlicher Interaktion und der ‚stille Zwang gesellschaftlicher Verhältnisse‘ (Ottomeyer 1977) verschränken sich im individuellen ‚outcome‘.“ (Blandow 2008, S. 146)

Liane Pluto (2007, S. 45ff) hat in ihrer instruktiven empirischen Studie „Partizipation in den Hilfen zur Erziehung“ zentrale Handlungs- und Strukturmerkmale rekonstruiert, die sich als Merkmale für die Konstitution salutogener Orte in der stationären Erziehungshilfe lesen lassen: Hilfe zur Erziehung ist per se mit gesellschaftlichen Normalisierungsbedürfnissen und -zielen verbunden, die sich bereits bei der Entscheidung zeigen, ob und wenn ja, welche Hilfe zustande kommt. In der stationären Erziehung erfährt das bekannte Strukturmoment der Sozialen Arbeit: Das doppelte Mandat – Hilfe und Kontrolle – eine Zuspitzung. Der Staat macht im extremen Fall zum Schutz des Kindes/Jugendlichen von seinem Eingriffsrecht Gebrauch, so dass die Kinder- und Jugendhilfe ohne Auftrag der Adressatinnen und Adressaten (eine Grundbedingung für ein auf einem Hilfeverständnis basierendem Verhältnis zwischen Fachkraft und Adressaten) handeln muss. Aber auch in weniger gravierenden Fällen grenzen professionelle Ordnungs- und Sicherheitsgesichtspunkte die Entscheidungsfreiheit der Adressatengruppe immer wieder ein. „Die unklare Auftragslage resultiert auch daraus, dass die Familien, in denen es zu einer stationären Unterbringung von einem oder mehreren Kindern kommt, in vielen Fällen lange Kontakt zum Jugendamt oder einer anderen Stelle haben und dieses Verhältnis wechselseitig aus dem Hilfebedürfnis der Klienten und der Fürsorge der Fachkräfte gespeist wird.“ (Pluto 2007, S. 46) Gerade der Anteil der professionellen Praxis bei der Konstitution eines Falles als „Fall der stationären Erziehungshilfe“ ist eine Faktizität, die immer wieder verleugnet wird (vgl. Ader 2005, Ader/Schrappner 2002, 2004).

Ebenso spitzt sich in diesem Bereich das Adressatendilemma zu, von Schütze (2000, S. 79) als „Fokussierung des Professionellen auf einen einzelnen Klienten bzw. eine einzelne Klientenpartei oder Fokussierung auf das gestalthafte gemeinsame Interaktions- und Beziehungsgeflecht des Klienten“ (ebd.) beschrieben. Eltern und Kinder verfolgen nicht unbedingt die gleichen Interessen, und es kann auch unterschiedliche subjektive Hilfevorstellungen zwischen Vater und Mutter geben, die es zu rekonstruieren und zu berück-

sichtigen gilt. Zudem verstärkt der Sachverhalt, dass Kinder und Jugendliche noch nicht über einen vollwertigen Rechtsstatus verfügen, ihnen vom Anspruch her aber dennoch eine eigene Position und das Recht auf Partizipation und freie Meinungsäußerung eingeräumt werden soll, für die Fachkraft den unaufhebbaren Spannungsbogen in den Entscheidungsprozessen zur Art und Weise der Ausgestaltung der erzieherischen Hilfe (vgl. Pluto 2007, S. 46f.).

Eine weitere Machtungleichheit ergibt sich auch dann, wenn idealtypisch von einer gemeinsam ausgehandelten Problemdefinition ausgegangen wird, denn in einer professionellen Praxis finden die Deutungs- und Verfahrensmacht-Orientierungen der Fachkräfte im Rahmen einer höhersymbolischen und zugleich institutionell verankerten Interaktionsmodalität statt (vgl. Schütze 2000, S. 79). Auch dies gestaltet machtvoll den Handlungsspielraum der AdressatInnen mit. Ein wesentlicher Schutz für sie ist hierbei, dass sich öffentlich-rechtliche Hilfeangebote einzig über die Wahrung der Rechte der Adressatinnen und Adressaten legitimieren.

Diese strukturellen Dilemmata professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit gilt es für die Fachkraft auszubalancieren ohne sie einseitig aufzulösen. Auf Seiten der Adressatinnen und Adressaten sind aber wesentliche Erfahrungsräume, und zwar jene, die soziale Orte überhaupt erst als salutogene Orte auszeichnen, verstellt: Erfahrungsräume der wirksamen Einflussnahme auf die eigene Lebenswelt, der Anerkennung durch bedeutsame andere sowie die Zugehörigkeit zu einer als wichtig erachteten Mitwelt. So ist die Professionelle immer wieder aufs Neue gefordert, das strukturelle Machtgefälle in der Weise verantwortlich zu bearbeiten, dass sie während des Hilfe- und trotz des Kontrollprozesses Räume eröffnet, in denen Anerkennungsmedien wirksam werden können und den Adressatinnen und Adressaten Selbstvertrauen, Selbstachtung und Selbstwert ermöglichen.²⁵

Die Schaffung „salutogener Orte“ kann aber nicht allein den Fachkräften aufgebürdet werden, sondern es sind Wege einzurichten und/oder zu optimieren, die es allen Personengruppen grundsätzlich ermöglichen, ihren Einfluss und ihre Interessen geltend zu machen. Soll der Anspruch ernst genommen werden, stationäre Einrichtungen als gesundheitsförderliche Orte zu konzipieren, dann steht die Frage zu beantworten, wie diese Situation stärker strukturell entlastet werden könnte, „indem für bestimmte Situationen beispiels

²⁵ Pluto (2007) ist nur zuzustimmen, wenn sie darauf hinweist, dass die modernistische Rede von der Ko-Produktion im Dienstleistungssektor eher dazu geeignet ist, diese – faktisch erst mit der Beendigung der Hilfsmaßnahme aufgehobene - Asymmetrie zu verschleiern, statt konstruktive Bearbeitungsmöglichkeiten zu entwickeln.

weise die Konstruktion eines Anwaltes geschaffen wird.“²⁶ (Pluto 2007, S. 47)

Zudem entfalten auch professionsspezifische Aspekte ihre besondere Wirksamkeit: Die Fachkräfte sind einerseits in Institutionen eingebunden und handeln in deren Auftrag, andererseits füllen sie diese Anforderungen entsprechend ihres persönlichen professionellen Selbstverständnisses aus (ebd.). In diesem Kontext stellt sich die Frage nach den besonderen Fallstricken für das professionelle Handeln, wenn die berechnete Forderung des 11. Kinder- und Jugendberichts (BMFSFJ 2002), das gesundheitsbezogene Profil der Kinder- und Jugendhilfe zu schärfen, in der stationären Erziehungshilfe aufgegriffen wird.

Während „Gesundheit“, hier allerdings verstanden als „Abwesenheit von Krankheit“, traditionell eine Domäne der Medizin ist und diese in ihren Deutungs- und Handlungspraxen kulturell verankert auf die positive Metapher der „Heilung“ zurückgreifen kann, haben sich für die Aufgabe der Gesundheitsförderung (im sozialökologischen Sinne der WHO) in der stationären Erziehungshilfe vergleichbare institutionalisierte und kulturell anerkannte Ordnungsmuster mit verbindlichen Regeln und Handlungsprotokollen bisher keineswegs ausgebildet. Diese Art der Orientierungen fehlen den Fachkräften der stationären Erziehungshilfe zur Unterstützung bei der Herausbildung von professionsspezifischen Habitualisierungen und Typisierungen, die das Alltägliche ordnen, Routinen ermöglichen und damit bestimmte (implizite) Wissenszusammenhänge zur Verfügung stellen. Diese Leerstelle verführt die Fachkräfte regelrecht dazu, ihre Handlungspraxis an den etablierten, gesellschaftlich hoch anerkannten klassischen Expertenmodell der Medizin zu orientieren, das sich aus einem eingegengten biomedizinischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit traditionell herausgebildet hat, ohne dass sie auf deren hohen Grad der Institutionalisierung im professionellen Alltag verlässlich zurückgreifen könnten (vgl. Alheit/Hanses 2004). So ein Rückgriffsversuch mag dann einerseits mit der (heimlichen) Hoffnung verbunden sein, an dem gesellschaftlich hohen Status der Medizin zu partizipieren. Zugleich würden damit aber Deutungs- und Handlungspraxen im Feld der stationären Erziehungshilfe institutionalisiert, die den lebensweltorientierten, dialogischen Grundprinzipien einer Sozialen Arbeit ebenso entgegenstehen, wie sie die Chancen zur Herstellung eines gesundheitsförderlichen Settings, welches auf die erfolgreiche Kooperation mit ihren AdressatInnen, und das heißt auf aktive Partizipation angewiesen ist, erheblich blockieren würden: Ein expertokratisches Professionsmodell verunmöglicht die aktive Mitwirkung der Betroffenen, da das bestehende Macht- und Wissensgefälle des klassischen

²⁶ Mit Blick auf andere Bereiche der Sozialen Arbeit oder auch ins Ausland ergeben sich hierfür Anregungen. Große Patientenvereinigungen oder Behindertenverbände, die unabhängig von den Fachkräften agieren und die Rechte der Klientinnen und Klienten vertreten, verdeutlichen, dass den schwierigen Bedingungen begegnet werden kann (vgl. Pluto 2007, S. 47).

Arzt-Patient-Verhältnisses die situative Definitionsmacht zwischen Arzt und Patient beinahe ausschließlich den Ärztinnen und Ärzten zuweist: Hier ist die Definitionsmacht klar verteilt. Die Ärztinnen und Ärzten diagnostizieren und bestimmen den therapeutischen Prozess. Die Patientinnen und Patienten dagegen übergeben die Verantwortung für ihre Krankheit an das Medizinsystem und delegieren die Selbstkontrolle über Erkrankungs- und Gesundheitsprozesse (vgl. Dörr 2005).

Dagegen erfordert die Zielsetzung der Gesundheitsförderung ein Professionsmodell, welches die Fachkraft-Adressaten-Relation als eine flachere Hierarchie beschreibt: In diesem Sinn ist als das Kernelement professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit jüngst von Dewe und Otto (2001, S. 1416) als ein „partizipativ-demokratisch korrigiertes“ Professionsmodell charakterisiert worden (vgl. Pluto 2007, S. 49). Dieses Modell potenziert aber den Grad an Offenheit und Ungewissheit über die Position der Professionellen bei der Hilfe zur Lebensbewältigung – der durch gesellschaftliche Veränderungen sowieso schon erheblich angewachsen ist: „Wie zuletzt die Debatte um Aushandeln oder Diagnose gezeigt hat, besteht der Wunsch, zumindest für Teilaufgaben technologisches Wissen zur Verfügung zu haben. Es soll ein dem Handeln zuordenbares Verfahren geben, über das man sich definieren kann, das man erklären und auch weitervermitteln kann.“ (ebd.).

Damit aber Aushandeln – und das heißt Beteiligung der Adressatinnen und Adressaten – eine zentrale professionelle Handlungsmaxime in einer an Salutogenese orientierten stationären Erziehungshilfe möglich sein kann, muss Gesundheitsförderung auf organisations- und institutionsstruktureller Ebene verankert sein und nicht lediglich als pädagogisches Leitmotiv. Nur so kann diese Leitlinie sowohl auf der Ebene der Leitung wie auf der Ebene (sozial-) pädagogischer Interaktion zu einer zentralen Anforderung werden.

3.4 Ein Blick in die Literatur zur Heimerziehung auf der Folie von Gesundheitsförderung

Obgleich die Studien zur Wirkungsorientierten Kinder- und Jugendhilfe „Metaanalyse von Fallstudien erzieherischer Hilfen hinsichtlich von Wirkungen und „wirkmächtigen“ Faktoren aus Nutzersicht“ (Wolf 2007) sich nicht explizit mit der Thematik „Gesundheitsförderung/Salutogenese“ befasst haben, lassen sich wesentliche Forschungsergebnisse auf die Frage – „what works in der stationären Kinder- und Jugendhilfe“ gehaltvoll auf der Folie der Leitlinien von Gesundheitsförderung lesen. Dabei sind es „nicht einzelne Interventionsformen und Organisationsstrukturen, die generell eine spezifische Wirkung entfalten, sondern es ist eine zentrale Qualitätsdimension, ob die Strukturen für diesen Jugendlichen/diese Familie geeignet sind. Je

leistungsfähiger die Fachkräfte (Jugendamt, HzE-Einrichtung) darin sind diese Passung herzustellen, umso wahrscheinlicher werden günstige, intendierte Wirkungen.“ (Wolf 2007, S. 39)

Voraussetzungen, um die Passung zu erreichen und realistische, einzelfall-adäquate Erziehungs- und Betreuungsziele zu entwickeln, sind das Verstehen der und der Respekt vor den bisherigen Lebenserfahrungen (Sladek 2000, Finkel 2004). Insofern gelten eine Biographieorientierung, die das professionelle Handeln der Fachkräfte in den stationären Einrichtungen für Erziehungshilfe leiten sowie die „Beteiligung der Akteure“ – sowohl bezogen auf die Kinder und Jugendlichen wie auf die Eltern (selbst diejenigen, die das Sorgerecht moralisch oder de jure eingebüßt haben) – in zahlreichen Studien als wesentliche Faktoren für den Erfolg/Misserfolg der stationären Unterbringung (vgl. Gehres 1997, Baur u. a. 1998; Rätz-Heinisch 2005, Lambers 1996).

Partizipation von Kindern, Jugendlichen und Eltern an den für sie wichtigen Entscheidungen ist quer über alle Studien ein zentraler Erfolgsindikator. Entsprechende Strukturen sind über verbindliche Qualitätsvereinbarungen institutionell zu verankern. Insofern ist Partizipation nicht lediglich als ein ethisches Prinzip und/oder als eine Handlungsmaxime einzelner Akteure zu verstehen. Sie muss als eine professionelle Strategie implementiert werden, um Passungen der Hilfearrangements herzustellen. „Darüber hinaus hat die Erfahrung, beteiligt zu sein und gehört zu werden, auch ohne eine solche Funktionalisierung prinzipiell positive Effekte. Sie wirkt wie eine Methode, mit der die Mitgestaltung und damit die Verantwortungsübernahme angeregt werden. (...) Durch fehlende Beteiligung werden (weitere) negative Wirkungen erzeugt.“ (Wolf 2007, S. 39)

Wolf (2007) arbeitet aus der Studie von Gehres (1997) weitere folgende Faktoren heraus, die Heime zu Orten der Salutogenese – sowohl für die Kinder, Jugendlichen und Eltern wie für die Fachkräfte – machen können:

- *„Je entlastender das Kind seine Heimeinweisung empfindet, desto größer ist seine Bereitschaft, sich auf das Beziehungsangebot des Heimes einzulassen.*
- *Je nachhaltiger das Augenmerk auf die innere Dynamik des Kindes und die gesamte Familienstruktur mit ihren funktionalen Interaktionsmustern gerichtet wird, desto besser kann eine den Interessen und Bedürfnissen des Kindes angemessene Unterbringungsstätte gefunden werden.*
- *Je umfangreicher und ernsthafter die Betroffenen selbst und deren Eltern oder Elternteil an dem Fremdunterbringungsprozess beteiligt sind und je mehr sie damit einverstanden sind, desto größer ist die Bereitschaft der Betroffenen und deren Eltern, das Hilfeangebot anzunehmen; bzw.*
- *Je mehr die Eltern oder ein Elternteil dagegen sind und nicht in die Entscheidung über die Fremdunterbringung einbezogen werden, desto schwieriger gestalten sich*

die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Kinder, insbesondere bei eltern- oder eltern-teilorientierten Heimkindern.

- *Je größer das Gefühl der Heimkinder ist, nur Spielball und Objekt der Jugendhilfe zu sein, desto geringer ist ihre Bereitschaft, eine vertrauensvolle Beziehung zu den Erziehern und Erzieherinnen einzugehen.“ (ebd., S. 7)*
- *„Je umfassender es den Vertretern der Heime gelingt, die Ressourcen des sozialen Ursprungskontextes der Kinder zu mobilisieren und zu stabilisieren, desto effektiver ist die Fremdunterbringung.*
- *Je angenommener, wohler und verstandener sich die Kinder und Jugendlichen im Heim fühlen, desto größer ist der Einfluss der Heimunterbringung auf ihr weiteres Leben.“ (ebd.)*

Um es zu wiederholen: Gesundheitsfördernde Orte eröffnen Menschen Verwirklichungschancen im Hinblick ihrer Einflussnahme auf die eigene Lebenswelt, die Erfahrung von Anerkennung bedeutsamer Anderer sowie im Hinblick auf die Erfahrung der Zugehörigkeit zu einer als wichtig erachteten Mitwelt. Im Sinne dieser salutogenen Leitlinien für stationäre Einrichtungen der Erziehungshilfe lassen sich auch die Ergebnisse der Metaanalyse quantitativer Studien zu den Wirkungen von stationärer Erziehungshilfe lesen (vgl. Gabriel u. a. 2007). Als zentrales *Prozessmerkmal* mit Effekten auf der Ebene der Hilfeprozesse heben die Autorinnen und Autoren folgenden – „studienübergreifenden, überaus eindeutigen“ (ebd., S. 30) – Befund hervor: „Die Kontinuität sozialer Bezüge und der Grad der Partizipation der jungen Menschen und der Eltern am Prozess der Hilfe beeinflusst die Effekte maßnahmeübergreifend (...). Für die jungen Menschen, die mit ihren Eltern und ihrem Herkunftsmilieu in regelmäßigem Kontakt bleiben und die (mit ihren Eltern) an relevanten Entscheidungen partizipieren, erreichen positivere Effekte, unabhängig von der spezifischen Wirkungsdefinition der Studien. Neben dem erneuten Verweis auf das Instrument der Hilfeplanung, verweist dieser Befund im Rahmen stationärer Hilfen zur Erziehung auf den starken Einfluss der Kontinuität sozialer Bezüge zum Herkunftsmilieu auf die Effekte. Dies schließt insbesondere auch Gleichaltrige im Herkunftsmilieu ein, deren Bedeutung für fremd platzierte Jugendliche oft übersehen wird. Ebenso wirkt sich eine gemeinsame Platzierung mit Geschwistern auf Effekte der Heimerziehung positiv aus. Zugleich lassen viele Studien darauf schließen, dass Elternarbeit in der Praxis nicht den Stellenwert besitzt, den sie aus Sicht der sehr eindeutigen Ergebnisse besitzen müsste. Regelmäßige Kontakte zum Herkunftsmilieu und den Eltern (d. h. nicht nur interne im Sinne von unregelmäßigen Besuchen der Eltern), sind unabhängig von der Konflikthaftigkeit und Indikation, die zur Hilfe führt (auch bei Fällen von Misshandlung/Missbrauch) unbedingt anzustreben.“ (ebd.)

Die Forderung nach Elternarbeit ist aber nicht nur als ein Prozessmerkmal zu begreifen, sondern stellt zugleich – so die Autorinnen und Autoren – ein zentrales Strukturmerkmal von Heimerziehung dar. Genauer gesagt – es ist der Mangel an Elternarbeit, der als Strukturmerkmal charakterisiert wird. Entsprechend konstatieren die Autorinnen und Autoren: „Für die Jugendhilfe erscheint eine kontinuierliche systematische Elternarbeit als eine wichtige Aufgabe – unter anderem auch, um biographische Auseinandersetzung und Kontinuität zu erzeugen (...) und um Diskrepanzen mit der (aktuellen und prospektiven) Erziehungsfunktion der Eltern oder Sorgeberechtigten zu vermeiden. Vor dem Hintergrund der Forschungslage ist der fachlichen Prämisse zu folgen, dass ein junger Mensch in der Heimerziehung zum Erwachsenwerden jede mögliche Unterstützung durch die Ursprungsfamilie und vorhandene soziale Netzwerke benötigt.“ (ebd., S. 31)

Zu analogen Ergebnissen kommen auch Schrödter und Ziegler (2007) in ihrer Expertise „Was wirkt in der Kinder- und Jugendhilfe“. Als ein Ergebnis ihrer Re-Analysen internationaler Studien (insbesondere aus dem anglo-amerikanischen Raum), in denen nach Wirkungen und Ergebnissen von Jugendhilfeleistungen gefragt wurde, formulieren sie als allgemeines Merkmal wirksamer Maßnahmen: „Ein wichtiges Moment in nahezu allen Programmen war das so genannte Responsivitätsprinzip. Dies besagt, dass wirksame Interventionen anschlussfähig an die Möglichkeiten und Fähigkeiten, aber wenn möglich auch Kooperationsbereitschaften, Interessen und Wünsche der AdressatInnen sind. (...) Die Forschungen (sprechen, M.D.) einer altersgerechten aber weit reichenden Beteiligung von AdressatInnen und vor allem einem Ernstnehmen und aufmerksamen Eingehen auf ihre Interessen, Wünsche und Bedürfnisse einen beachtlichen Einfluss auf die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Interventionen zu.“ (ebd., S. 15)

Zudem arbeiten sie einige wesentliche organisationelle Wirkungsbedingungen und Wirkungsindikatoren heraus, die Heime zu Orten der Salutogenese für die Fachkräfte werden lassen:

- *Professionelle Autonomie* wird durch Anforderungsvielfalt, Ganzheitlichkeit und Orientierung durch Rückmeldung ausgedrückt.
- *Bindung an die Organisation* wird durch ein Passungsverhältnis von Wertvorstellungen zwischen Mitarbeiterin/Mitarbeiter und Einrichtung und/oder der Identifikation mit der Einrichtung bestimmt.
- *Organisationskultur* und *Machtverteilung* werden bestimmt durch Kommunikationskultur, Organisationsklima, Teamklima, Formen der innerorganisatorischen Aushandlungsstrategien oder Strategien der Macht- und Einflussnahme. (ebd., S. 25)

Ein gesundheitsförderndes Setting entwickelt sich nicht partikular, sondern im Zusammenwirken mit seiner Umgebung und durch Schaffung von Allianzen

mit anderen Settings (Familie, Schule, Krankenhaus/Psychiatrie, Kommune, Vereine, Beratungsstellen...), die dabei helfen, ein wirksames Profil und Programm zu entwickeln (vgl. Paulus/Barkholz 1999). Im Horizont eines mehrdimensionalen Gesundheitsbegriffs bedeutet dies für die Konstitution von Heimen als Orte für Salutogenese, aus folgenden vier Dimensionen Gesundheitspotenziale zu schöpfen:

- *Ökologische Gesundheitspotenziale* beziehen sich auf die Umwelt des Heims (z. B. Stadt, Land), auf die Gebäude, die Zimmer, das Mobiliar, die Ausstattung, Versorgung sowie auf das Umfeld des Heims.
- *Zwischenmenschliche Gesundheitspotenziale* liegen in einem positiven Betriebsklima und einer Organisationskultur, die von gegenseitiger Unterstützung und Vertrauen und nicht von Rivalität und Misstrauen geprägt ist. Berücksichtigt werden hierbei sowohl die Intra- wie Intergruppenkommunikation der verschiedenen Personengruppen des Heims, durch die auch die Akzeptanz der Idee des „Heims“ als Ort für Salutogenese bei den im Heim lebenden und tätigen Personen sowie bei den Eltern gefördert werden kann. Ein überzeugendes Merkmal zwischenmenschlicher Gesundheitspotenziale ist z. B. die Arbeitszufriedenheit, die durch eine geringe Fluktuation des pädagogischen Personals zum Ausdruck kommt und auf eine dem Arbeitsfeld gemäße Unterstützung schließen lässt.
- *Organisatorische Gesundheitspotenziale* liegen in der Transparenz von Entscheidungen, in ausreichenden Partizipationsmöglichkeiten, Handlungsspielräumen und einer dadurch erleichterten Identifikation mit der gestellten Aufgabe sowie in der Bindung an die Organisation. Eingedacht sind hierin sowohl die Dienstleistungen (z. B. Fort- und Weiterbildungen – auch zu Ernährung, Drogenkonsum etc.) des Heims für die Fachkräfte sowie Beziehungen und Kooperationsformen des Heims zu Institutionen und Organisationen der Gemeinde, Kommune, Beratungsstellen, Stadtteils etc.
- Die *persönlichen Gesundheitspotenziale* als wichtige Voraussetzung wirksamen Handelns und eines positiven und stabilen Selbstwertgefühls werden gefördert durch die Anerkennung und Förderung der fachlichen und sozialen Kompetenz aller beteiligten Akteure (vgl. Paulus/Barkholz 1999, S. 7 f.)

3.5 Partizipation als Ausdruck einer salutogenetischen Praxis in der stationären Erziehungshilfe

2.5.1 Einbindung und/oder Mitwirkung von Eltern

„Die besondere Stellung der Kooperation mit den Adressaten der Kinder- und Jugendhilfe ergibt sich aus der Tatsache, dass das System der Kinder- und Jugendhilfe mit seinen Maßnahmen dem Wohl der Adressaten dienen soll und diese zugleich als Akteure im System gefordert sind“ (van Santen/Seckinger 2003, S. 74). Moderne Kinder- und Jugendhilfe versucht demnach ganz bewusst, mit den betroffenen jungen Menschen selbst und ihren Sorgeberechtigten gemeinsame Lösungen zu finden in Situationen, in denen der Verbleib im Elternhaus auf Zeit oder auf Dauer nicht (mehr) möglich ist. Nach dem SGB VIII bleiben die Eltern auch bei der Inanspruchnahme einer stationären Hilfe in der Erziehungsverantwortung, denn die Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung sind keine mit der elterlichen Erziehung konkurrierenden oder sie ersetzenden Erziehungsleistungen (vgl. Wiesner u. a. 2000, S. 337). Der Auftrag liegt darin, die Erziehungskompetenz der Eltern zu stärken und die Personensorgeberechtigten darin zu unterstützen, die Erziehung (wieder) weitestgehend eigenständig zu übernehmen. Folglich erstreckt sich Elternarbeit nicht nur auf die Kinder- und Jugendhilfeplanung und einer anschließenden Kontaktpflege und/oder Mitsprache bei Belangen wie Besuchszeiten sowie Beurlaubungsphasen während der stationären Unterbringung ihrer Kinder. Eine Mitwirkung von Eltern am Einrichtungsalltag kann nur dann effektiv sein „wenn Eltern planmäßig und kontinuierlich in den Heimalltag und das Erziehungsgeschehen integriert und Interessen für ihr Kind wahrzunehmen in der Lage sind“ (ebd., S. 452). Diese Forderung hat auch dort ihre Gültigkeit, wo Kinder/Jugendliche nicht wieder nach Hause zurückkehren werden. Denn die Eltern bleiben wichtige Bezugspersonen für ihre Kinder und Jugendlichen (vgl. Taube 2000). Die Aufrechterhaltung und/oder Wiederherstellung der Bindung zu den Eltern ist ein wichtiger Stabilitätsfaktor für die im Heim lebenden Kinder und Jugendlichen und unterstützt zudem Jugendliche bei ihren inneren Ablösungsprozessen aus meist ambivalenten Beziehungsstrukturen zu ihren Eltern. Die Eltern bleiben – trotz Misshandlungs- und/oder Ablehnungs- bzw. Ausstoßungserfahrungen – für das Kind bzw. den Jugendlichen psychisch existent und dies hat ein wesentliches Gewicht für die (Wieder-)Herstellung psychischer Gesundheit. Entsprechend verweist auch Conen (2007) vor dem Hintergrund einer systemischen Perspektive auf notwendige Aufgabenstellungen für die Elternarbeit im Heim und betont dabei die oftmals verborgenen Loyalitäts-

beziehungen von Heimkindern zu ihren Eltern, auch wenn letztere (zunächst) unerreichbar erscheinen und eine Kooperation ablehnen.²⁷

Dies stellt die Fachkräfte vor besondere Herausforderungen, die – um hinreichend bewältigt werden zu können – durch institutionalisierte Beteiligungsformen gerahmt sein sollten. Die für ein Kooperationsgefüge allgemein gültigen Regelungen sind demnach auch in der Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften im Heim und den Eltern zu beachten: Dazu gehört neben den rechtlichen Grundlagen sowie der Verfügbarkeit der nötigen Zeitressourcen, dass

- ein Mindestmaß an gemeinsamen Zielen und Überzeugungen vorhanden ist,
- die Partner die Kompetenzen und Grenzen der eigenen wie der anderen (aner-)kennen,
- die Partner sich gegenseitig – in ihren unterschiedlichen Kompetenzen – als gleichwertig anerkennen,
- die Aufträge an die (Kooperations-)Partner klar und offen formuliert sind,
- die Kooperation sich für alle beteiligten Seiten lohnt, also für alle Beteiligten eine „Gewinnsituation“ entsteht,
- die subjektiven Faktoren „Einstellung“ und „Verhalten“ gestützt werden durch Strukturen und Verfahrensregelungen für die Zusammenarbeit (vgl. van Santen/Seckinger 2003, S. 209).

Häufig aber sind die Kontakte zwischen Fachkräften und Herkunftseltern spannungsgeladen (vgl. Blandow 2004). „Das Verhältnis ist durch Gefühle der Konkurrenz, der Kränkung und durch die Angst vor dem Versagen und weiteren Misserfolgserebnissen geprägt. Missverständnisse zwischen den Fachkräften und Eltern sind so schon vorprogrammiert und zu erwarten und die Beteiligten handeln in der Folge bisweilen auch gegeneinander und nicht miteinander. Weitere Hürden sind die häufig fehlende Finanzierung und die geringe Zeit, die für die Elternarbeit eingeplant ist. Auch die jeweiligen Konzeptionen tragen, weil Elternarbeit häufig kein fest verankerter Bestandteil

²⁷ Wichtig ist dabei der Hinweis von Conen (1997, S. 44 ff.), dass Elternarbeit mehr ist als Einzelgespräche mit Müttern und Vätern. Zum Beispiel gibt es Heime, die Elternbildung im Rahmen von themenzentrierten Seminaren anbieten, Elterntraining mit Einsatz von Video durchführen oder Familienwochenenden im Heim oder außerhalb des Heims veranstalten. In manchen Heimen können die Eltern am Gruppenalltag teilnehmen und im Heim übernachten; zum einen können sie dabei konkret Erziehungsverantwortung übernehmen, zum anderen besteht die Möglichkeit, am Modell der Erzieherin oder des Erziehers zu lernen. Es gibt Elterngruppen, die sich im Heim oder im Jugendamt treffen, es gibt Spiel- und Bastelabende, Feste, Tage der offenen Tür - alles Maßnahmen, die wegen ihres positiven Erlebnisgehalts vorteilhaft auf die Familien wirken und sie einbinden. Auch Hausbesuche, das heißt das Kennenlernen des kindlichen Herkunftsmilieus, können ein wichtiges Mittel der Elternarbeit sein, sind aber im Aufgabenspektrum der Heime oft noch nicht offiziell verankert.

ist, nicht dazu bei, an die gemeinsame Arbeit mit den Eltern zu erinnern. In den vergangenen Jahren hat sich die Fachdiskussion hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Eltern weiterentwickelt, dennoch ist Verbesserungspotential offensichtlich“ (Pluto 2007, S. 210).

So weisen die Ergebnisse der empirischen Strukturanalyse „Kinder- und Jugendhilfe im Wandel (Pluto u. a. 2007, S. 574) auf einen hohen Fortbildungsbedarf seitens der Fachkräfte in der Elternarbeit/Familienarbeit (2004: 53%), aber die Unterstützungsangebote (Planung/Durchführung) seitens der Einrichtungen finden nach wie vor noch immer unregelmäßig und nicht systematisch strukturiert statt (2004: 38%).

Zwar wird in der Kinder- und Jugendhilfe derzeit offensiver von einem Paradigmenwechsel – von der Elternarbeit zur Erziehungspartnerschaft – gesprochen (vgl. Schulze-Krüdener 2007, S. 101)²⁸, gleichwohl enthält das empirische Material der Studie von Pluto (2007, S. 209ff.) einen deutlichen Fingerzeig auf den nach wie vor existierenden eingeschränkten Rahmen, den die Fachkräfte den Eltern in ihrer alltäglichen Praxis beimessen und wie entmutigend die zugeschriebene Randpositionen auf die betroffenen Eltern wirken.

Werden diese Ergebnisse auf der Folie der Prämissen der Gesundheitsförderung gelesen, bei der Gesundheit als eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung begriffen, wird durch die seelisches und körperliches Wohlbefinden und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird, dann verweisen diese Befunde auf eine stationäre Heimerziehungspraxis, die dieser Zielsetzung deutlich entgegen steht.

2.5.2 Partizipation der Kinder und Jugendlichen

Die anerkennende Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht allererst die Herstellung von Selbstvertrauen, Selbstachtung sowie Selbstschätzung. Das heißt aber auch, dass es nicht ausreicht, wenn Kinder und Jugendliche durch die unmittelbare Kommunikation mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an der konkreten Ausgestaltung ihres Alltags in den Einrichtungen mitwirken. Um den Beteiligungsanspruch des SGB VIII zu erfüllen, sollten diese alltäglichen Aushandlungsprozesse durch institutionelle und formalisierte Formen der Beteiligung wie z. B. „Heimräte, Kinderparlamente, Kinderkonferenzen auf Einrichtungsebene“ (Pluto u. a. 2007, S. 424f.) flankiert werden.

²⁸ Damit erhalten die Schlüsselbegriffe „Partizipation“, „Subjektivität“ und „Auftragsbezogenheit“ in der Arbeit mit Familien einen angemessenen Stellenwert, was wiederum auf das Erfordernis einer grundlegenden Qualifizierung der pädagogischen Fachkräfte in ihrer Arbeit mit Familien (vgl. Flodorf 2007, S. 37ff.) verweist.

In der jüngsten Studie des DJI bilanzieren Pluto u. a. (2007) die Ergebnisse ihrer qualitativen Studie zur Praxis der Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen in stationärer Erziehungshilfe wie folgt: „Partizipation ist ein zentrales Paradigma mit Umsetzungsschwierigkeiten“ (ebd., S. 427). Und doch gibt es erkennbare Bewegungen in Richtung einer stärkeren Beteiligungsorientierung der stationären Erziehungshilfe. So haben Kritik und Beschwerdemöglichkeiten dann einen hohen Stellenwert, wenn sie über individualisierte, informelle Formen der Beteiligung prozessiert werden, während die Verankerungen von formellen Verfahren der Beteiligung in den Einrichtungen – so beispielsweise Beschwerdesysteme, Heimräte oder Gruppensprecher – nach wie vor defizitär sind.²⁹ Beispielsweise ist die „Beteiligung an der Einstellung von MitarbeiterInnen noch nicht genauso selbstverständlich wie die Beteiligung an der Freizeitgestaltung. Der Beteiligungsanspruch läuft Gefahr, als zusätzliche methodische Anforderung an das fachliche Handeln und nicht als integraler Bestandteil des professionellen Selbstverständnisses interpretiert zu werden.“ (ebd., S. 428) Und ohne dass auf die gesundheitsförderliche Potenz von Mitbestimmung explizit hingewiesen wird, so liest sich der folgende Satz gleichsam als Plädoyer auch für die Zielsetzung der Gesundheitsförderung, Orte der Salutogenese gleichermaßen für die MitarbeiterInnen wie für die Adressatinnen und Adressaten zu schaffen: „Die Herausforderung für die Zukunft besteht darin, die MitarbeiterInnen so weit in ihrer professionellen Aufgabe zu stärken und ihnen selbst ausreichend Mitgestaltungsmöglichkeiten zu schaffen, dass sie in die Lage versetzt werden, Kindern und Jugendlichen Möglichkeiten der Beteiligung zu eröffnen.“ (Pluto u. a. 2007, S. 428) Das Streben nach Partizipation und Empowerment ist ein wichtiger Teil der gesamten Organisationskultur, daher muss sich dies auch in der Organisationskultur der Einrichtung widerspiegeln und bereits von außen erkennbar sein. Hierzu zählen auch Fortbildungsangebote und Fortbildungsverhalten der Fachkräfte in den stationären Einrichtungen:³⁰ So liegt der erfragte Bedarf an Fortbildungen zu Beteiligung von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2004 bei 34% und die Planung/Durchführung lediglich bei 13% (vgl. Pluto u. a. 2007, S. 577).

²⁹ Dagegen haben z. B. in Großbritannien und in den Niederlanden institutionelle Beteiligungsmöglichkeiten in den Einrichtungen wohl auch deshalb eine größere Selbstverständlichkeit, da sie gesetzlich geregelt sind (vgl. van Santen 2006).

³⁰ Wie schwer sich Einrichtungen tun, sowohl institutionelle Formen der Beteiligung zu etablieren und zu fördern als auch den erzieherischen Alltag beteiligungsorientiert zu gestalten, zeigen empirische Untersuchungen. „Offensichtlich mangelt es entweder an dem Bewusstsein, dass auch zentrale fachliche Paradigmen durch Fortbildungen in ihrer Umsetzung gefördert werden können, oder aber Kooperation und Partizipation sind entgegen der Aussagen des Achten Jugendberichts für die Praxis keine zentralen Paradigmen guter Kinder- und Jugendhilfe.“ (Pluto u. a. 2007, S. 577)

Diese Zahlen sind ernüchternd, wenn man bedenkt, dass doch für die Kinder und Jugendlichen gerade die stationären Erziehungseinrichtungen zumeist die zentralen Lebensorte sind. An diesem Ort sollen sie bei der Bewältigung und Gestaltung ihres Lebens Unterstützung finden. Dieser Anforderung kann das jeweilige Heim aber ernsthaft nur gerecht werden, wenn es den Kindern und Jugendlichen formale Verfahren bereitstellt, damit sie an der Mitgestaltung dieser Lebensorte – jenseits einer Alibifunktion – mitwirken können.

3.6 Gesundheitsfördernde Netzwerkarbeit in der stationären Erziehungshilfe

Eine ressourcenorientierte stationäre Erziehungshilfe ist immer auch eine Tätigkeit als Netzwerkarbeit. Das bedeutet, dass die Fachkräfte der Heime ein hinreichendes Ausmaß der praktischen, physischen oder emotionalen Unterstützung, der Fürsorge, des Schutzes und der Hilfe, den die Kinder und Jugendlichen innerhalb von vergemeinschaftenden Beziehungen durch andere Personen erhalten, also etwa von Personen aus dem engsten oder erweiterten Familienkreis, von Freunden, Bekannten, Peers, Schule, Ausbildungsstätte, Nachbarn, Gemeindemitglieder³¹, aber auch von Behörden und andere Institutionen (er-) kennen, ausbauen und/oder allererst herstellen müssen.

Wenn in der Kinder- und Jugendhilfe von Kooperation die Rede ist, dann ist zumeist die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und freien Trägern, mitunter aber auch zwischen Protagonistinnen und Protagonisten der Kinder- und Jugendhilfe und Vertreterinnen und Vertretern anderer Sektoren wie Gesundheitswesen, Wirtschaft, andere Verwaltungsbereiche usw. gemeint.

Begründet verweist die DJI-Studie „Kinder und Jugendhilfe im Wandel“ (2007, S. 593ff.) darauf, dass die Kinder- und Jugendhilfe zur Erfüllung ihrer Aufgaben (u. a. Bearbeitung von Einzelfällen, Bereitstellung von Infrastrukturangeboten und Erfüllung ihres politischen Auftrags) auf eine entwickelte inter-institutionelle Kooperationskultur angewiesen ist und sich in der stationären Erziehungshilfe vielfältige Kooperationsbezüge aufzeigen lassen. Dies ist angesichts der intensiven Form der Unterstützung sowie der ausgeprägt komplizierten Lebenssituationen der AdressatInnen erwartbar. Entsprechend der Probleme und Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen, die überhaupt erst zu einer Unterstützung durch die Jugendhilfe führen, ist die hohe Kooperationsdichte mit Schulen (97%) und Jugend-

³¹ Denn je besser beispielsweise die Beziehung zu wichtigen außerheimischen Bezugspersonen von den Heimkindern erlebt wird, desto größer sind die Chancen, ihnen andere Beziehungserfahrungen als in der Herkunftsfamilie und zu den Erziehern und Erzieherinnen im Heim zu vermitteln, was wiederum nachhaltigere Entwicklungsimpulse bewirkt (vgl. Gehres 1997).

psychiatrie (86%) zu erwarten.³² (ebd., S. 604) Des Weiteren werden Polizei (83%), Arbeitsagentur (78%) Schulamt (69%), Gerichte (69%), Gesundheitsamt (52%) genannt. „Der insgesamt niedrige Anteil von Einrichtungen, die mit Institutionen aus dem Gesundheitswesen kooperieren, zeigt, dass sich die in den letzten Jahren entwickelnde Fachdiskussion zur Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe noch nicht in einer veränderten Praxis niederschlägt.“ (Pluto u. a. 2007, S. 605)³³

Die Fokussierung auf die Anlässe von Kooperation zeigt, dass die starke Einzelfallorientierung in der (teil-)stationären Erziehungshilfe dazu führt, „dass die Bearbeitung individueller Problemlagen am häufigsten als Grund für Kooperationen mit Institutionen und Behörden außerhalb der Jugendhilfe angegeben wird“ (ebd., S. 608). Auch hierbei gehört die Kooperationsrate mit Schule (88%) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (77%) zur Spitzengruppe (ebd., S. 609). Aber in der Bewertung der Kooperationserfahrungen – die auch die zukünftige Bereitschaft zur Zusammenarbeit maßgeblich beeinflussen – erhalten diese beiden Institutionen lediglich eine durchschnittliche Bewertungsnote von Schule (2,5) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (2,7).³⁴ Auch dieses Ergebnis stimmt mit Blick auf die derzeitige Diskussion zur Implementierung von Projekten der Gesundheitsförderung nicht unbedingt optimistisch. Belastend kommt hinzu, dass Institutionen außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe „in der Wahrnehmung der Einrichtungen praktisch nie in den für die Steuerung und die fachliche Weiterentwicklung wichtigen Arbeitsgemeinschaften nach § 78 KJHG oder dem Jugendhilfeausschuss vertreten (sind). Diese niedrigen Kooperationsraten im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften nach § 78 KJHG – obwohl 76% der Einrichtungen Mitglied in mindestens einer Arbeitsgemeinschaft sind – deuten darauf hin, dass Arbeitsgemeinschaften im Bereich der Hilfen zur Erziehung sehr stark auf die Kinder- und Jugendhilfe selbst bezogen sind.“ (ebd., S. 608)

Diese Befunde sind denkbar ungünstige Voraussetzungen für Kooperationsnotwendigkeiten zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Schule und Gesundheitswesen im Hinblick auf Kooperationen und Vernetzungen als institutionelle Reaktion auf schwierige Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen. Kinder- und Jugendhilfe ist gefordert, ihre Kooperation und Ver-

³² Beispielsweise haben im Zusammenhang mit Störungsbildern wie dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom diagnostische Abklärungen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie zugenommen (Pluto u. a. 2007, S. 604).

³³ Offensichtlich zeigt sich auch an der relativ geringen Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie (27%) die generelle Unterbelichtung der Elternarbeit in den stationären Einrichtungen. Denn obwohl stationäre Einrichtungen mit psychisch kranken Eltern in vielfacher Weise zusammenarbeiten müssen, nutzen sie nicht die Möglichkeiten, die sich durch eine Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie ergeben können (vgl. Pluto u. a. 2007, S. 605).

³⁴ Die Bewertungen der Kooperation mit Schule sind im Ost-West-Vergleich seitens der neuen Bundesländer noch negativer.

netzung mit anderen Institutionen im Bildungs- und Erziehungssektor weiter zu entwickeln. Die Auffassung einer „arbeitsteiligen“ Sozialisation, die der Familie die Zuständigkeit für die primäre Sozialisation, der Schule die Zuständigkeit für Wissensvermittlung sowie der Kinder- und Jugendhilfe die Zuständigkeit für soziale Integration und kompensatorische Sozialisationsangebote zuweist, ist angesichts der gesellschaftlichen Entwicklungen unangemessen und kontraproduktiv (vgl. 11. Kinder- und Jugendbericht: „Aufwachsen in öffentlicher Verantwortung“; BMFSFJ 2002).³⁵

Durch Kooperationen zwischen den verschiedenen Angeboten soll die Anschlussfähigkeit der Hilfsangebote zwischen den sich immer stärker ausdifferenzierenden gesellschaftlichen Subsystemen hergestellt werden. Dabei stößt die politische und fachliche Forderung nach Kooperation vor allem aufgrund ihrer Effizienz- und Effektivitätsversprechen auf breite Zustimmung. Auch die Kinder- und Jugendhilfe rekurriert hierbei auf den allgemeinen Konsens, der Kooperation als Querschnittsaufgabe begreift und in Qualifikationen wie Kommunikationsfähigkeit, kooperativem Verhalten und gegenseitiger Unterstützung unabdingbare Grundlagen für die eigene Arbeit erkennt. Aber weder ist wirklich klar, inwieweit diesen Diskussionen auf der Ebene von Einrichtungen, Trägern und Initiativen auch veränderte Handlungsstrategien folgen, noch ist hinreichend benannt, welche Bedingungen für gelingende Kooperationen erfüllt sein müssen. Kooperation ist ein vielschichtiges und auf rekursive Beziehungen aufbauendes Phänomen und kann nicht losgelöst von den spezifischen Rahmenbedingungen betrachtet werden. D. h. Kooperation findet nicht im kontextfreien, enthierarchisierten Raum statt. Oftmals soll sie gerade dort praktiziert werden, wo Abläufe sich verfestigt haben, Positionen besetzt und verteidigt werden und professionelle Herangehensweisen unterschiedlicher Institutionen eben nicht so einfach „auf einen gemeinsamen Nenner“ zu bringen sind (vgl. van Santen/Seckinger 2000).

Van Santen und Seckinger (2000) haben in ihrer Studie die Funktionalität von Strukturen, Prozessen und Handlungsabläufen für den Kooperationszusammenhang von öffentlichen und freien Träger der kommunalen Kinder- und Jugendhilfe untersucht und generalisierbare Aussagen über die Umsetzbarkeit fachlicher und sozialer Erwartungen, die mit dem Mythos Kooperation

³⁵ Je mehr in der Heimerziehung komplexe Problemlagen zu bearbeiten sind, desto mehr verändert sich das berufliche Anforderungsprofil des „Heimerziehers“. Fachkräfte in diesem Bereich werden zu Konfliktmanagern, die Jugendliche und junge Erwachsene bei der Bewältigung prekärer Übergänge unterstützen und sich dabei intensiv um individuelle Hilfepläne, schulische Probleme, verbesserte Elternarbeit, mehr Kooperation mit dem sozialen Umfeld der Einrichtung, Freizeitgestaltung u. a. kümmern müssen. Deutlich wird damit nicht nur die notwendige erhöhte Fachlichkeit, sondern auch der damit verbundene steigende Bedarf an Fortbildung, Teamberatung und Supervision (vgl. von Wolffersdorff 2001).

verbunden sind, formuliert. Kooperation, so eine grundsätzliche Kritik, wird sowohl von den Institutionen wie von den Akteurinnen und Akteuren noch immer als etwas Zusätzliches gedacht und nicht als selbstverständliche Verpflichtung. „Eine interinstitutionelle Kooperation kann nur dann richtig funktionieren, wenn die Institutionen Wert darauf legen, überhaupt in einem interinstitutionellen Kooperationszusammenhang vertreten zu sein und sie dieses auch sicherstellen, indem sie sich mit den Inhalten der Kooperation auseinander setzen und diese zu einem Bestandteil ihrer institutionellen Politik machen. Persönliches Engagement von Vertreterinnen und Vertretern trägt alleine nicht dazu bei, eine interinstitutionelle Kooperation in der Kinder- und Jugendhilfe aufrechtzuhalten.“ (van Santen/Seckinger 2003, S. 134f)

Ein weiteres wichtiges Kriterium für den Erfolg von Kooperationen ist, dass in den Organisationen, die kooperieren, diese Kooperation selbst sowie deren Ergebnisse auch bei denjenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind, die nicht direkt in die Kooperation involviert sind. Mangelnde Rückkopplung von Inhalten und Ergebnissen sowie das unzureichende Selbstverständnis der Akteurinnen und Akteure als Vertreterinnen/Vertreter der Institution und nicht als Privatpersonen an den Kooperationsprozessen teilzunehmen, verdeutlichen nicht nur die unzureichende Institutionalisierung, sondern verringern die Chance, durch Kooperationsprozesse eine fachliche Weiterentwicklung auf breiter Ebene zu erreichen.

Da Gesundheitsförderung grundsätzlich als Querschnittsaufgabe verstanden wird, zu deren Bewältigung unterschiedliche Sektoren zusammenwirken müssen (vgl. Kickbusch 2003), kommt beispielsweise der interinstitutionellen Kooperation und der Vernetzung des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsbereichs eine Schlüsselrolle im Hinblick auf konkrete Gesundheits- und Präventionsprojekte (z. B. Förderung einer gesunden Ernährung, Suchtprävention, Risikoverhalten, Förderung der Bewegung, Stressbewältigung etc.) zu.³⁶

Die Ansatzpunkte für eine solche Kooperation lassen sich auf vier Ebenen abbilden:

1. Strukturell geht es um die Verbesserung von Lebenslagen, Lebensqualität und Lebensperspektiven der Kinder und Jugendlichen in der öffentlichen Erziehung, insbesondere um den Zugang zu Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten und die Eröffnung von Berufschancen.
2. Institutionell geht es um die Implementierung nachhaltiger Kooperationsstrukturen – z. B. Arbeitsgemeinschaften nach § 78 SGB VIII – zur fach-

³⁶ Auf der Grundlage der Ergebnisse der WHO-Studie zum Gesundheits- und Krankheitsstatus von Kindern und Jugendlichen wurden zahlreiche Projekte (Beispiel „*Netzwerk gesundheitsfördernde Schule*“) unterstützt von der BZgA in die Wege geleitet. Ebenso werden zunehmend auch Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Lehrkräfte angeboten (Supervision und Stressbewältigung).

lichen Weiterentwicklung einer gesundheitsförderlichen Kinder- und Jugendhilfe in der Schnittmenge Kinder und Jugendliche mit (im engeren Sinne) gesundheitlichen Problemen (z. B. sexueller Missbrauch, Drogenproblemen, Essstörungen etc.). Hierzu gehört ein konsequenterer Ausbau von Gesundheitsförderungs-Angeboten in Zusammenarbeit mit bestehenden Zusammenschlüssen und Fortbildungsstellen, Workshops für Heimleiterinnen/Heimleiter sowie Fortbildung für Fachkräfte der stationären Kinder- und Jugendhilfe, Lehrerinnen/Lehrer und anderen Multiplikatoren zur langfristigeren Sicherstellung der Fortbildungen.

3. Auf der jugendkulturellen Ebene schließlich geht es darum, Gesundheitsgefährdungen im Zusammenhang mit bestimmten Lebensstilen jugendgemäß zu thematisieren. Wichtig sind dabei zielgruppenspezifische Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, z. B. szenebazogene (sekundäre) Suchtprävention: „Vermittlung risikoarmer Konsummuster (Risikomanagement‘), die Bereitstellung funktionaler Äquivalente, die Begleitung riskanter Konsummuster mit dem Ziel ihrer Überwindung, die Sicherung drogenfreier Räume und die Vermittlung abstinenter Lebensentwürfe (Wieland 2001, S. 55), oder die Entwicklung von Ansätzen schulischer Suchtprävention, die gezielt auf das Engagement von „Schülern für Schüler“ setzen (peer counseling, peer education). Franzkowiak (2006, S. 40ff.) hat solche Zugänge verallgemeinernd unter dem Stichwort „Risikokompetenz“ beschrieben.
4. Auf der persönlichen Ebene geht es darum, jungen Menschen die Erfahrung von Selbstwert und Selbstwirksamkeit zu ermöglichen. Dazu sind Kompetenzen und Ressourcen zu stärken, die eine positive und gesundheitsverträgliche Lebensgestaltung fördern. Im Sinne einer allgemeinen Gesundheitsförderung sind dafür fördernde soziale Netzwerke wie Familie, Gleichaltrigengruppe, Nachbarschaften, aber auch professionelle Unterstützung sowie soziale und kommunikative Kompetenzen von großer Bedeutung.

Kooperationen zwischen diesen differenten Systemen werden allerdings durch verschiedene Probleme erschwert bzw. behindert wie

- die starke Trennung der Sektoren „Gesundheitswesen“, „Sozialwesen“, „Bildungswesen“ (durch getrennte Ausbildungen, Systeme, Finanzierung, Programme etc.),
- berufs- und sektortypische, eingeschränkte Sichtweisen,
- Nicht-Wissen, Vorurteile und Vorbehalte,
- unterschiedliche Begrifflichkeiten, häufiges „Aneinandervorbeireden“,
- nicht abgestimmte, parallel laufende Aktivitäten, „Aneinandervorbeihandeln“,

- Aktionismus durch kurzlebige Projekte,
- Strohfeuer durch Hektik und Ungeduld.

Die Kooperation von Bildungswesen, Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe wird gefördert durch:

- Wissen über die angrenzenden und kooperierenden Bereiche,
- Wertschätzung, Aufgeschlossenheit, Neugier, Belastungsfähigkeit, Geduld, Verständigung,
- gemeinsame Sprache, „Übersetzungen“ von Begrifflichkeiten,
- schon bestehende Vertrauensbeziehungen, persönliche Kontakte,
- gute Vorerfahrungen mit der Zusammenarbeit,
- abgestimmte Gesamtpläne und integrierte Handlungskonzepte der kooperierenden Akteurinnen und Akteure und
- politische Unterstützung.

4 Sektorübergreifende Vernetzungsaktivität

4.1 Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kinder und Jugendliche der stationären Erziehungshilfe sind, dies ist schon erkennbar an der Definition und Indikation für eine Heimerziehung nach § 34 SGB VIII, häufig extremen und kumulierten psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt und haben gesicherte Missbrauchs-, Misshandlungs- und/oder Vernachlässigungserfahrungen, so dass Kinder und Jugendliche in stationärer Jugendhilfe als eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen gelten müssen (vgl. Schmid 2007). Gleichzeitig aber ist diese Gruppe kinder- und jugendpsychiatrisch unterversorgt. Trotz dieser Probleme sind im deutschsprachigen Raum nur wenige empirische Studien zur Häufigkeit von psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe bekannt. Denn die erkenntnisreichen Untersuchungen zu den pädagogischen Effekten der Heimerziehung haben – entsprechend ihrer Fokussierung – letztlich nicht die Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen erforscht (vgl. Gintzel/Schone 1989, Fegert/Schraper 2004, BMFSFJ 2002, BMFSFJ 1998).

Vor allem diese psychosozial hoch belasteten Kinder und Jugendliche müssen häufig erleben, dass sie wegen Verhaltensproblemen – als „nicht tragbar“ – frühzeitig aus den Einrichtungen entlassen und in neue Einrichtungen,

oftmals auch in die Kinder- und Jugendpsychiatrie, „abgeschoben“ werden. Die offiziell intendierten Hilfemaßnahmen werden somit zu zusätzlichen Belastungen für diese Adressatengruppe. Die Kinder und Jugendlichen erfahren Beziehungsabbrüche, die ihre Grundproblematik eher weiter verstärken (vgl. Gintzel/Schone 1989, 1990). Es sind diese Scheiterer-Karrieren mit ihren Serien von Abbrüchen und erfolglosen Weitervermittlungen, die beide Systeme – die stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie – mit ihren Grenzen, aber auch mit den selbsterzeugten bzw. hilfeverursachten Folgeschäden bei Kindern und Jugendlichen konfrontieren.

Diskutiert wird entsprechend der notwendige Ausbau der Kooperation von Jugendämtern, Erziehungshilfeeinrichtungen und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, Ambulanzen und niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen/-therapeuten. Denn die Folgen des „Aneinander vorbei-Arbeitens“ tragen die betroffenen Kinder und Jugendlichen. Das abgrenzende Verhältnis zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie – von Gintzel und Schone bereits 1989 als ein System von „Verschiebebahnhöfen“ beschrieben – besteht nach wie vor. Beide Systeme zeigen noch immer systematisch großes Misstrauen gegeneinander und es gibt nur sehr vereinzelt kooperative Ansätze, erschwert durch die unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten (vgl. Fegert 2007).³⁷

Die beiden institutionellen Felder „Gesundheitssystem“ und „Kinder- und Jugendhilfe“ sind in der Tat in verschiedener Hinsicht kontrovers strukturiert. In der Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt es immer wieder zum Konflikt zwischen einer individualisierenden pathogenetisch orientierten Diagnose (trotz eines multiaxiliaren Diagnosesystems)³⁸, dem medizinischen Behandlungsmodell, der Klinikhierarchie und den lebenswelt- und dialogorientierten Arbeitsformen der Kinder- und Jugendhilfe und ihrer Einrichtungen. Einsozialisiert in unterschiedliche Denk- und Handlungsmuster und einer damit verbundenen spezifischen Form der Habitusbildung, entstehen im Einzelfall die Konflikte durch unterschiedliche Sichtweisen einschließlich ihrer jeweiligen Fachsprachen und damit zusammenhängend auch unterschiedliche Vorstellungen, was einen Fall überhaupt zu einem Fall macht

³⁷ „Hier arbeiten offensichtlich zwei Systeme teilweise aneinander vorbei, bedienen sich multipler ideologischer Schuldzuweisungen und benutzen den jeweils anderen als Lückenbüsser an der Grenze der eigenen Ressourcen. Obwohl unser Sozialrecht im SGB IX auch Budget- und Paketlösungen vorsieht, gibt es immer noch große Ängste, gleichzeitige Notwendigkeiten der Krankenbehandlung und der Erziehungshilfe in Paketlösungen mit Mischfinanzierungen zu realisieren.“ (Fegert 2007, S. 7)

³⁸ Krankenkassen verlangen einen klaren Hinweis auf Behandlungsbedürftigkeit (vgl. Fußnoten 10 und 11).

(vgl. Ader 2005, Fegert/Schrappner 2004).³⁹ Dabei werden häufig die Kompetenzen der einen Seite über- und die der anderen Seite unterschätzt. Nicht ohne Einfluss ist offenbar nach wie vor der unterschiedliche soziale Status von Ärzten/-innen gegenüber den Sozialpädagogen/-innen – was sichtbar an der unterschiedlichen Bezahlung abzulesen ist. Aber gerade ein vertrauensvolles und partnerschaftliches Miteinander zwischen der Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist unter dem Gesichtspunkt des strukturellen Ausbaus der Hilfelandschaft für Kinder und Jugendliche in Not unbedingt als wesentliches Qualitätsmerkmal zu betrachten.

Insbesondere die erweiterte Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für „seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ (§ 35a SGB VIII) zwingt zu einer wesentlich engeren Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie,⁴⁰ auch wenn dies für die Kinder- und Jugendhilfe erst einmal nicht mit der Erfüllung neuer Aufgaben oder mit der Betreuung anderer Personengruppen verbunden ist, da diese jungen Menschen schon immer in Heimen der Jugendhilfe aufgenommen wurden. Da aber bestimmte Störungsbilder der Kinder und Jugendlichen nach der gesetzlichen Neuregelung im SGB VIII als „seelische Behinderung“ klassifiziert werden können, sind allerdings die Aus-

³⁹ „In dieser Entwicklung eines *ärztlichen Blicks*, in der Etablierung einer eigenen *Wissensordnung* und eines *biomedizinischen Krankheitskonzepts* kann die Konturierung einer professionellen Haltung beschrieben werden, die entscheidend dazu beiträgt, dass die Medizin sich als starke Profession etablieren konnte und ihre Position im Kanon anderer Professionen hartnäckig behaupten kann. Dabei entwickelt sich die *Diagnose* als eine zentrale professionelle Strategie, in der die eigenen Wissensordnungen die Krankheiten gleichsam „erzeugen“, damit die Etablierung eigener Professionalität im Medizinsystem qua Definitionsmacht möglich wird und die machtvolle Position gegenüber anderen Professionen und auch gegenüber den Patienten aufrechterhalten werden kann.“ (Alheit/Hanses 2004, S.18; Hervorhebung im Original)

⁴⁰ Im Alltag der Jugendhilfe sind grundsätzlich zwei Gruppen zu unterscheiden, wenn es um die Verbindung von Hilfen nach § 35a SGB VIII mit anderen Leistungen geht. Zum einen betrifft es die jungen Menschen, für die Leistungen im Rahmen von Erziehungshilfemaßnahmen und -einrichtungen erforderlich sind, zum anderen diejenigen, die aufgrund von Teilleistungsstörungen besondere Förderung oder Therapie benötigen. Leistungen nach § 35a SGB VIII werden nach dem Bedarf im Einzelfall in ambulanter Form, in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen, durch geeignete Pflegepersonen und/oder in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen erbracht. In der Regel stellt eine seelische Behinderung die Folge einer seelischen Erkrankung dar, die droht oder eintritt, wenn trotz intensiver Behandlung eine Besserung nicht soweit erzielt werden kann, dass eine Eingliederung des jungen Menschen in die Gesellschaft gelingen kann. Im Wesentlichen sind dies: 1. körperlich nicht begründbare Psychosen, 2. seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen, 3. Suchtkrankheiten, 4. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, die eine seelische Behinderung zur Folge haben können (vgl. Tischner 2002). Was aber eine seelische Behinderung ist und wie diese sich von einer vorübergehenden Störung des Erlebens und Handelns oder von einer geistigen Behinderung abgrenzen lässt, ist umso schwieriger zu beantworten, desto jünger das Kind ist (vgl. Fegert 1994).

einandersetzungen mit den gesetzlichen Krankenkassen oder Sozialhilfeträgern für die Fachkräfte in der Heimerziehung neu.

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX (Juli 2001) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – ist die Kinder- und Jugendhilfe zu einem Rehabilitationsträger geworden (§ 5 SGB IX). Zudem wurde, entsprechend einer Vereinheitlichung, u. a. die damit verbundene Neubestimmung des Begriffs „seelische Behinderung“ im § 35a SGB VIII aufgenommen.⁴¹ Zur Entscheidungsfindung, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der Eingliederungshilfe vorliegen, bedarf es – über die Stellungnahme eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder eines ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen hinsichtlich seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, hinaus – einer fachlichen Beurteilung durch die Fachkräfte des Jugendamtes, unter Beteiligung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Eltern, insbesondere hinsichtlich einer zu erwartenden Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Diese Entscheidung, ob ein Teilhaberrisiko droht oder bereits eingetreten ist, obliegt in jedem Fall dem Jugendamt, das dieses Ermessen dann auch fachlich, in der Regel im Rahmen des Hilfeplanverfahrens (§ 36 SGB VIII) begründen muss (Tischner 2002).

Für die Kinder- und Jugendhilfe bleibt bedeutsam, dass Eingliederungshilfen nach Möglichkeit im Kontext von Einrichtungen, Diensten und Arrangements geleistet werden, die in den normalen Alltag der Betreuung, Förderung und Erziehung integriert und an der Lebensweltnähe orientiert sind. Insofern erhält die gemeinsame Betreuung „behinderter“ und „nicht-behinderter“ Kinder klaren Vorrang vor speziellen § 35a-Einrichtungen (§ 35a Abs. 4 SGB VIII). Dies ist nur konsequent, wenn im Blick behalten wird, dass genau genommen „seelische Behinderung ein unbestimmter Rechtsbegriff und sozialrechtliches Konstrukt“ (Erdelyi 2001, S. 413) ist.

Dennoch wird von Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie oft beklagt, dass die Kinder- und Jugendhilfe keine geeigneten Einrichtungen für Kinder und Jugendliche nach einem Psychiatrieaufenthalt bereithalte, so dass immer wieder von freien Trägern darüber nachgedacht wird, eigens für diesen Adressatenkreis Spezialeinrichtungen aufzubauen, um auf die besonderen Anforderungen mit erhöhtem sozial- und/oder heilpädagogischen Aufwand

⁴¹ Dieser einheitliche Behinderungsbegriff des § 2 SGB IX orientiert sich nicht mehr an wirklichen oder vermeintlichen Defiziten, sondern rückt das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen (Partizipation) in den Vordergrund. Damit ist nicht mehr die Feststellung einer seelischen Störung die zentrale Aussage, sondern ihr liegt die enge Orientierung an die biopsycho-soziale Gesundheitsdefinition der WHO zugrunde und nimmt Anschluss an die Diskussion um eine entsprechende Weiterentwicklung der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICIDH-1) zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung (ICIDHD-2; vgl. Vondunk 2003, S. 330).

reagieren zu können. Aber die bisherigen Erfahrungen mit pädagogischen Sondereinrichtungen sprechen eher gegen eine Ausweitung dieser Spezialeinrichtungen und für eine bessere personelle und materielle Ausstattung der Regeleinrichtungen, um auch Kindern und Jugendlichen mit einem erhöhten Förderbedarf die geeignete und notwendige Hilfe zu geben (vgl. Freigang 1986, Blandow 1997).

Auch aus einer salutogenen Perspektive ist das prinzipielle Festhalten an lebenswelt- und ressourcenorientierte Regeleinrichtungen nur konsequent:

- Zum einen verführen Spezialeinrichtungen dazu, dass die Fachkräfte – analog einer klinisch-medizinischen Praxis – den Blick einseitig auf die Defizite und Störungen statt konsequenter auf die Ressourcen und Stärken der Kinder zu lenken.
- Zum zweiten verstärken Spezialeinrichtungen das Risiko der Stigmatisierung mit der hohen Wahrscheinlichkeit einer damit verbundenen negativen Selbstbildentwicklung der als „seelisch behindert“ geltenden Kinder und Jugendlichen.
- Hinzu kommt die Gefahr, dass bei entsprechenden Zuschreibungen die Einrichtungen und Fachkräfte die Aufnahme der so eingestuften Kinder/Jugendlichen in Regeleinrichtungen ablehnen oder Ausgrenzungsprozesse damit begründen.

Aber bei aller begründeten Ablehnung von Spezialeinrichtungen darf keinesfalls ausgeblendet werden, dass Fachkräfte, aufgrund mangelhafter diagnostischer Abklärung in der Hilfeplanung sowie unzureichender Aufklärung über die innere Konfliktdynamik von Kindern und Jugendlichen einschließlich nur mangelhaften Wissens über die Psychodynamik der Reinszenierung unbewältigter Traumata, sowie aufgrund fehlender Sensibilität für den Zusammenhang von intrapsychischer und interpersonaler Konfliktabwehr, für die Eskalation von Krisen allzu häufig mitverantwortlich sind.

In seiner Studie „Psychische Gesundheit von Heimkindern“ (Schmid 2007), die die Krankheitshäufigkeit der Kinder und Jugendlichen untersucht, zeigt Marc Schmid, was aus der englischsprachigen Literatur (Meltzer u. a. 2003) schon länger bekannt ist: In der stationären Kinder- und Jugendhilfe sind Heimkinder und Jugendliche mit psychischen Störungen eher die Regel denn die Ausnahme und dies offenbar mit steigender Tendenz. Bei seiner Untersuchung von 689 Kindern und Jugendlichen (480 Jungen und 209 Mädchen) in stationären Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen zeigte sich, dass ca. 60% der Kinder und Jugendlichen aus den untersuchten Heimen die Diagnosekriterien für eine psychische Störung erfüllen; 37,7% der Kinder und Jugendlichen erfüllten Kriterien für mehrere psychische Störungen (vgl. Schmid 2007, S. 129ff.).

Dies wird Fachvertreterinnen und Fachvertreter weniger erstaunen (aber hoffentlich dennoch aufmerken lassen), denn die Kinder- und Jugendhilfe hat sich in den letzten Jahren in der Weise verändert, als durch die generelle Verbesserung und Verbreitung niedrigschwelliger ambulanter Zugänge, durch die Einführung zahlreicher, auch aufsuchender ambulanter Hilfeangebote, sowie aufgrund der aktuellen fiskalischen Schwäche der kommunalen Haushalte, im Hinblick auf die stationäre Erziehungshilfe ein Verzögerungs- und Selektionseffekt eingetreten ist: Entweder kommen Kinder und Jugendliche kurzfristig und dies nur vorübergehend zum akuten Kinderschutz in stationäre Hilfen, oder sie gelangen erst nach einer Serie von gescheiterten ambulanten Hilfen in eine stationäre Unterbringung. Sowohl im Hinblick auf die Belastungsintensität bei den Kindern und Jugendlichen als auch im Hinblick auf die Vorerfahrungen mit verschiedenen Hilfesystemen im Kinder- und Jugendhilfe- bzw. Gesundheitsbereich sowie in der Schule muss daher von einer – auch iatrogen erzeugten – Verdichtung problematischer Erziehungs-, Betreuungs- und Therapieaufgaben ausgegangen werden (ebd.).

Trotz dieser hohen psychiatrischen Diagnosenquote wird der § 35a SGB VIII von den Jugendämtern für die Heimerziehung nach wie vor wenig genutzt. Daher stellt sich die Frage, warum die Möglichkeiten der (Wieder-) Eingliederungshilfe bzw. Hilfe zur Teilhabe für Kinder, die von einer seelischen Behinderung bedroht sind, nur bei einem relativ geringen Teil (13%) angewandt werden und stattdessen nach § 27 (Hilfe zur Erziehung) untergebracht wird. Dieses Missverhältnis lässt sich vielleicht – wie Schmid (2007) es tut – als Hinweis darauf lesen, dass kinder- und jugendpsychiatrisches Wissen nicht hinreichend nachgefragt wird und deshalb eine Zusammenarbeit der medizinischen und pädagogischen Professionen bei der Kinder- und Jugendhilfeplanung in einem zu geringen Maß erfolgt (vgl. Schmid 2007, S. 146f), womit allerdings weder etwas über die in den jeweiligen Systemen angelegten Konflikte⁴² noch über die besondere Spezifität von kinder- und jugendpsychiatrischem und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutischem Wissen Aussagen gemacht sind. Verstärkend zu den oben bereits kurz skizzierten Behinderungsfaktoren (u. a. Stigmatisierungs- und Ausgrenzungseffekte für die Jugendlichen) trägt möglicherweise aber auch die zurückgekehrte neurobiologische Ausrichtung im Mainstream der Psychiatrie, eben auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, und das damit verbundene Zurückdrängen sozialpsychiatrischen Gedankenguts – von Fegert als „ein essentieller Bestandteil der wissenschaftlichen Weiterentwicklung“ (2007, S.

⁴² Der relative Mangel von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und -psychiatern und die daraus resultierenden Verzögerungen in der Kinder- und Jugendhilfeplanung ist wahrscheinlich für die zurückhaltende Einweisungspraxis nach § 35 a mitverantwortlich. Diese Wartezeiten führen auch dazu, dass Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen bei Krisen, für die sie schnelle Entlastung suchen, diese Berufsgruppe erst gar nicht ansprechen. (vgl. Löcherbach u. a. 1999)

10) der Disziplin bezeichnet – dazu bei, die bestehenden disziplinären Unterschiede, mitsamt der Vorurteile, des Misstrauens und der Befremdungen zwischen der (Sozial-) Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie, eher zu perpetuieren statt aufzuweichen.⁴³

Zudem ist aus der Tatsache, dass das Medizinsystem nicht bereits in der Kinder- und Jugendhilfeplanung standardmäßig einbezogen wird, nicht zwingend eine grundsätzliche Abwehr gegen ein Einbeziehen von kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Fachkompetenz zu folgern, beschränken sich doch Leistungen der Jugendhilfe nicht allein auf pädagogische Maßnahmen. Auch in der Erfüllung des § 27 SGB VIII sind neben materieller Absicherung, Angeboten zur beruflichen Integration usw., therapeutische Hilfen von Bedeutung. In beiden gesetzlichen Zuordnungskategorien besteht die Notwendigkeit, alle sozialen und individuellen Umstände zu berücksichtigen, welche die Entwicklung und auch die Erziehung des Kindes oder des Jugendlichen beeinträchtigen können. Insofern wird es sich sowohl bei Maßnahmen der Eingliederungshilfe § 35a als auch bei Maßnahmen nach § 27 (3) SGB VIII häufig um kombinierte pädagogische und therapeutische Leistungen handeln.⁴⁴

Statt eine weitere Diskussion über das Konkurrenz- oder Ergänzungsverhältnis zwischen diesen beiden Paragraphen zu führen, sollte ein Poolsystem implementiert werden, bei dem alle in Frage kommenden Kostenträger (Krankenkassen, Kinder- und Jugendhilfeträger, örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger, Justiz) in einen gemeinsamen Topf einzahlen, aus dem unabhängig von der jeweiligen Etikettierung die notwendigen Hilfen finanziert werden können (vgl. Lempp 1990). Denn ein großer Teil der Defizite von interinstitutionellen Kooperationen zeigt sich bezüglich der Finanzierung bzw. der Finanzierungsverantwortung.⁴⁵ „Obwohl unser Sozialrecht im SGB IX auch Budget- und Paketlösungen vorsieht, gibt es immer noch große Ängste, gleichzeitige Notwendigkeiten der Krankenbehandlung und der Erziehungs-

⁴³ Fegert hebt in seinem Vorwort für Schmid (2007) hervor, dass er froh sei „in meiner Mitarbeiterschaft immer wieder junge Kolleginnen und Kollegen gefunden zu haben, die sich auch für diese im derzeitigen neurobiologischen Mainstream etwas marginal anmutenden Forschungsthemen interessieren und faszinieren lassen.“ Offenbar wird auch von ihm selber diese Tendenz mit Sorge betrachtet.

⁴⁴ Ergänzend sei die dringliche Forderung nach einem einheitlichen Kinder- und Jugendhilfegesetz betont, so dass auch behinderte und kranke Kinder nicht mehr ausgrenzt werden (vgl. Fegert 1999).

⁴⁵ Dabei kann es aber nicht einfach um eine Veränderung von Administration gehen, sondern um eine aktive Institutionspolitik. Das Problem darf nicht weiter zwischen den Institutionen hin und her geschoben werden, und es darf auch nicht weiter versucht werden, Sektoren der Zuständigkeit abzugrenzen und partikulare – amtsinterne, rasche und oft nur kurzfristig kostengünstige – Lösungen zu finden. Komplexe Lösungen, gemeinsam geplant und erprobt, müssen sich an grundsätzlichen und übergreifenden Zielen der Gesundheitsförderung orientieren, nur so können sie zahlreiche Anstöße zu grundsätzlichen Reformen liefern.

hilfe in Paketlösungen mit Mischfinanzierungen zu realisieren.“ (Fegert 2007, S. 7)

Für eine konstruktive Zusammenarbeit der beiden Systeme ist gegenseitige fachliche Ergänzung statt Abgrenzung ebenso Voraussetzung wie eine planungsbezogene, kontinuierlich aufgebaute und gestaltete, institutionell verankerte Kooperation: Beständige Diskurse zwischen den beteiligten Institutionen in der jeweiligen Region (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulanzen, ambulante Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, umliegende Jugendämtern und Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen) auf der Basis gegenseitiger Anerkennung ermöglichen allererst, vorhandene Divergenzen in Interpretations- und Handlungsperspektiven zu erkennen, zu bearbeiten und partiell zu reduzieren, wodurch eine fachliche und kommunikative Basis für eine verbesserte Kooperation in Einzelfällen und in Planungsprozessen hergestellt wird.

4.2 Schnittstelle zwischen der Gesundheitsversorgung nach SGB V und der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII

Es liegt (eigentlich) auf der Hand, dass Kooperationsvereinbarungen zum gemeinsamen Vorgehen in bestimmten Fallkonstellationen (z. B. bei Kriseninterventionen⁴⁶, Übergänge) das fachliche Handeln der einbezogenen Professionellen erleichtern und eine konstruktive Erschließung und Nutzung von Ressourcen im Hinblick auf individuell abgestimmte und mit den Kindern, Jugendlichen und Eltern gut vorbereitete Hilfeverläufe ermöglichen.

Übereinstimmend verweisen verschiedene Studien (vgl. BMFSFJ 2002; Goldbeck/Fegert 2008; Hoops/Permien 2006; Schmid 2007; Steger 2005) auf die fachlich dringende Notwendigkeit von strukturell verankerten Vereinbarungen. Und dies vor allem in Fällen von Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, damit diese Intervention weder mit einem Abbruch der bestehenden Jugendhilfemaßnahme (und der damit verbundenen Beziehungen) für den Jugendlichen gekoppelt ist, noch sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie als „Verschiebebahnhof“ für Jugendliche oder als „Ausfallbürge“ für die Kinder- und Jugendhilfe missbraucht sieht.

An dieser problematischen Schnittstelle zwischen der Gesundheitsversorgung nach SGB V und der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII setze

⁴⁶ Dazu gehören dringend auch Diskurse über und den Umgang mit den jeweiligen Besonderheiten des „Krisenbegriffs“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe, die ein zentraler Faktor für Unstimmigkeiten und Missverständnisse zwischen den Professionen sind (vgl. Hoops/Permien 2006).

die Evaluations- bzw. Versorgungsforschung von Goldbeck und Fegert (2008) an.⁴⁷ Sie untersuchten die Wirksamkeit eines gemeinsamen Fallkonzepts von pädagogischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Interventionen. Mit ihrer Evaluation eines „aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte“ nahmen sie jene Adressatengruppe in den Blick, die gleichzeitig Hilfen in beiden Systemen benötigen, so dass von einem „komplementäre Effekt von Hilfen aus beiden Systemen“ auszugehen war“ (ebd., S. 69f.).⁴⁸ Auch ihr Ausgangspunkt war neben der Kritik an der Debatte um Leistungszuständigkeiten zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Krankenkassenbereich, die bislang primär als Abgrenzungsdebatte geführt worden ist, vor allem das nur unsystematisch abgestimmte Zusammenwirken von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen, aufgrund dessen ein gewichtiger Teil von Jugendhilfemaßnahmen bei psychisch und psychosozial hoch belasteten Jugendlichen scheitert oder abgebrochen wird.⁴⁹ Hingegen sollte das im Zuge dieser Studie erprobte aufsuchende, niedrigschwellige Versorgungsmodell als ambulantes Konzept den Kindern und Jugendlichen in Regeleinrichtungen, also vor Ort, die Möglichkeit zur Nutzung von Behandlungssprechstunden bieten. Damit handelt es sich – so Goldbeck und Fegert – „um eine originär interdisziplinäre und multiprofessionell angelegte Tätigkeit“ der Kinder- und Jugendpsychiater (ebd.).

Die Ergebnisse ihres Modellversuchs fassen Goldbeck und Fegert (2008) wie folgt zusammen:

„Evaluiert wurden die Zielparameter stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungstage, psychische Symptombelastung, psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität der Jugendlichen. In der Gruppe mit intensiver, aufsuchender ambulanter Behandlung im Modellprojekt fielen infolge kürzerer stationärer Behandlungen signifikant weniger stationäre Pflagestage an als in der Kontrollgruppe mit herkömmlicher Behandlung, und ein höherer Anteil der psychisch stark belasteten Jugendlichen konnte fachärztlich versorgt werden. In beiden Gruppen kam es während des zwölfmonatigen Beobachtungszeitraumes mit intensiven pädagogischen Bemühungen zu einem erfreulichen Verlauf von psychischer Symptombelastung, Funktionsniveau und Lebensqualität. Die zu Studienbeginn stärker belastete

⁴⁷ Die Untersuchung wurde gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen.

⁴⁸ Dieses Setting ist am ehesten der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie vergleichbar, wie sie von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in fachfremden medizinischen Abteilungen typischerweise vorgehalten wird (vgl. Goldbeck/Fegert 2008, S. 74).

⁴⁹ Im Jahr 2004 wurde in Deutschland jede fünfte Heimunterbringung vorzeitig beendet (Statistisches Bundesamt 2004) und auch Schmidt u. a. (2002) berichten über ähnliche Ergebnisse.

Interventionsgruppe profitierte in hohem Maße von der Intervention, so dass durch die Integration kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung ein positives Ansprechen auf weitere pädagogische Bemühungen und die notwendige psychosoziale Integration der Jugendlichen erwartet werden kann“ (ebd., S. 57).

Neben der notwendigen Bereitschaft seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, ihre originäre Komm-Struktur zugunsten der Niederschwelligkeit aufzugeben, erfordert dieses Modell auch von der stationären Kinder- und Jugendhilfe einen Wandel ihres pädagogischen Systems: „In das vorhandene pädagogische System müssen zunehmend psychotherapeutische und psychiatrische Interventionen integriert werden“ (ebd., S. 71f.)⁵⁰. Neben dieser konsequenten klinischen Orientierung halten die Autoren ein differenziertes Leistungsspektrum von stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe für eine günstige Voraussetzung erfolgreicher Hilfeprozesse.

Im Einzelnen geht es bei dem erforderlichen Wandel der Kinder- und Jugendhilfe um folgende Aspekte:

- eine stärkere Qualifikation des pädagogischen Personals in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen,
- Ausbau und klinische Qualifikation von Fachdiensten innerhalb der Heime,
- Aufklärung über Möglichkeiten und Grenzen medikamentöser Behandlungen,
- Sicherstellung einer angemessenen Personalbemessung (einschließlich einer angemessenen Vergütung), um den zusätzlichen Aufgaben in der Betreuung und Förderung psychisch auffälliger Jugendlicher gerecht werden zu können,
- engere Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit niederschwelligem Zugang für die Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen,⁵¹

⁵⁰ Für die Bewertung des Umgangs mit der relativ kleinen Gruppe der „Hochrisikoprobanden“ zeichnen die Autoren ein eher zurückhaltendes Bild und plädieren für die Optimierung von Hilfen für „psychisch massiv belastete, aggressiv ausagierende Jugendliche“ durch eine noch intensivere Betreuung durch speziell weitergebildete MitarbeiterInnen und einem allgemein besseren Mitarbeiterschlüssel (vgl. Müller 1999, Günther 1995).

⁵¹ Dazu zählt die Bereitschaft zur kooperativen Krisenintervention, „d. h. die Krise sollte als Normalfall in der Betreuung psychisch auffälliger, ausagierender Jugendlicher angesehen werden und nicht zur Infragestellung der Fortsetzung der Jugendhilfemaßnahme führen, sowie die Bereitschaft zur Umsetzung der von den Jugendpsychiatern empfohlenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, einschließlich der Überwachung der Psychopharmakotherapie und der Durchführung von systematischen Verhaltensmodifikationsmaßnahmen im Gruppenalltag“ (Goldbeck/Fegert 2008, S. 74).

- Stärkung der Position der psychologisch-pädagogischen Fachdienste in stationären Einrichtungen,⁵²
- und ganz pragmatisch: ein vom Wohnbereich der Jugendlichen getrenntes Sprech- und Untersuchungszimmer, ausgestattet mit einer Untersuchungs-liege und einer Minimalausstattung von Untersuchungsinstrumenten (Waage, Messlatte).

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie geht es bei diesem Wandel im Einzelnen um folgende Aspekte:

- die Schwellen zur Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Dienste für psychiatrisch auffällige Kinder und Jugendliche durch aufsuchende Behandlungsmodelle deutlich zu senken,
- eine Fokussierung der Angebote eines aufsuchenden Versorgungsmodells auf ländliche Standorte, da dies für viele Heimbewohner die einzige Möglichkeit ist, überhaupt eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung zu erfahren,
- eine dringende Neuregelung der Vergütungsmodalitäten, die den Mehraufwand für die kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste berücksichtigen,⁵³
- eine wesentlich stärkere Nutzung der Möglichkeit zur Beratung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen einschließlich der dadurch erleichterten unmittelbaren Kooperation von kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten und pädagogischem Fachpersonal,
- eine stärkere Nutzung der pädagogischen Fachkräfte zur Behandlungsmotivation der Jugendlichen,
- die dringende Einsicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste, dass die enge Kooperation mit den Pädagogen aus den Heimeinrichtungen unerlässlich ist, da nur mit multimodalen Therapieansätzen, kombiniert mit intensiver pädagogischer Betreuung die Jugendlichen mit ihrer komplexen Symptomatik Erfolg versprechend therapiert werden können,

⁵² Deren Position war nach der Einführung des Psychotherapeutengesetzes in Frage gestellt worden, weil vom Gesetzgeber geregelt ist, dass Richtlinienpsychotherapien für Kinder und Jugendliche Kassenleistungen sind, damit verbunden war ein deutlicher Abbau dieser Positionen in der Kinder- und Jugendhilfe. Hierzu gilt es – so fordert auch der „Reisenburger interdisziplinäre Appell der Fachkräfte“ (in Goldbeck/Fegert 2008) – strukturelle Voraussetzungen, wie Sonderbedarfszulassungen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Einrichtungen, zu schaffen.

⁵³ Die Krankenkassen und die Vertreter von Psychiatrischen Krankenhäusern/Fachabteilungen und niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten sind damit gefordert, auf Landesebene entsprechende Vereinbarungen unter Einschluss von Sonderregelungen für die aufsuchende Arbeit zu schließen.

- die gemeinsame Erarbeitung eines interdisziplinären Hilfeplans, da dies erst der Schlüssel zum Erfolg ist (ebd., S. 70f.).

Diese Zusammenschau bezüglich Veränderungs- bzw. Entwicklungsanforderungen an die Kinder- und Jugendpsychiatrie kann durch die Ergebnisse von Schmid (2007, S. 140 ff.) noch ergänzt werden:

- eine kritischere Verwendung des gängigen (aber letztlich unzureichenden) Diagnosesystems für Jugendliche mit multimorbiden Störungen,
- einen erhöhten Einsatz in der Entwicklung Erfolg versprechender Therapieansätze für diese Behandlungsgruppe,
- ein dringender Ausbau qualifizierter, differenzierter Psychotherapieforschung, die auch die psychosozialen Bedingungen bei der Ausformung und Aufrechterhaltung einer Störung integrieren.

Die Frage, welchen Stellenwert diese beiden Studien hinsichtlich einer Fokussierung auf gesundheitsfördernde Heimstrukturen hat, muss m. E. allerdings eher kritisch beantwortet werden: die Studien legen ihrer Definition von Effektivität ihres Behandlungsansatzes ein psychopathologisches Parameter von sozialer Auffälligkeit zugrunde, auch wenn die Autoren sich, gemäß einer kinder- und jugendpsychiatrischen Erfassung von Krankheiten, u. a. auf das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters nach der ICD-10 Norm der WHO beziehen. Die Wirkungen des Behandlungsansatzes werden gemessen durch die Zielparameter: stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungstage, psychische Symptombelastung, psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität des Jugendlichen.

Insofern weist die Evaluationsstudie von Goldbeck und Fegert sowie von Schmid eine Defizit- und Ressourcenorientierung auf. Zum einen wird Gesundheit – analog zur Medizin – einzig als Abwesenheit von Krankheit und dazugehöriger Symptome verstanden. Die Wirkung von Hilfemaßnahmen bezieht sich auf den Abbau von individuellen Defiziten und einen Aufbau von Ressourcen – hierzu zählt auch die Kompetenzerweiterung des pädagogischen Personals im Umgang mit den Jugendlichen – und ist in beiden Aspekten individuenzentriert. Vor dem Hintergrund der Operationalisierung von individueller Auffälligkeit als psychopathologisches Konstrukt ist das Ergebnis der Evaluationsstudie, dass eine klinische Orientierung von Hilfemaßnahmen zu besseren Ergebnissen führt, geradezu erwartbar: Ein psychologisch definiertes Problem macht eine psychologisch-psychiatrische Behandlung notwendig (vgl. Gabriel u. a. 2007). Entsprechend werden alle ambulanten Maßnahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe als psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bezeichnet. Selbst wenn sich die Intervention der kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste auf die Beratungen der Bezugsbetreuer oder des Fachdienstes im Umgang mit dem betreffenden Jugendlichen beschränken,

wird diese als „indirekte Therapie“ chiffriert.⁵⁴ Die von Lempp (1985, 1991) wiederholte Betonung der Schwierigkeit, in der Behandlung von Jugendlichen eine klare Unterscheidung zwischen psychotherapeutischen und pädagogischen Maßnahmen zu treffen, scheint sich hier widerzuspiegeln und zugunsten der Zuordnung zu psychotherapeutischen Maßnahmen gelöst. Möglicherweise ist dies als ein Indiz für den nach wie vor bestehenden Deutungskampf zwischen Pädagogik und Psychiatrie zu lesen, der schon in den Anfängen der Psychiatrieentwicklung eine – die Pädagogik tendenziell entwertende – Nachhaltigkeit entfaltet hat (vgl. Engel 1996, Dörr 2005)⁵⁵.

Bezogen auf die oben in Kapitel 2 für ein gesundheitsförderliches Setting formulierte Voraussetzung, Strukturen zur Ermöglichung von Partizipation

⁵⁴ Vielleicht erklärt sich hierüber auch die unterschiedliche Quotenangabe zur Angabe der psychiatrischen/ psychotherapeutischen Versorgungshäufigkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe. In der Untersuchung von Goldberg und Fegert (2008) wird dieser Sachverhalt als Fehlerhaftigkeit bzw. mangelndes Wissen seitens der pädagogischen Gruppenleitungen interpretiert: „Es ist denkbar, dass die Dokumentation durch die Gruppenerzieher nur sehr selektiv erfolgte oder niederfrequente Behandlungsleistungen (z. B. nur gelegentliche Diagnostik oder Rezeptvergabe) nicht aufgeführt wurden. Die Wahrnehmung der Betreuer spiegelt somit nicht die Versorgungsrealität wider und muss sehr vorsichtig bewertet werden. Zumindest in der Interventionsgruppe ist von einem Versorgungsgrad von 100% auszugehen, was aber wiederum nicht heißt, dass in 100% der Fälle eine regelmäßige kinder- und jugendpsychiatrische Einzelbehandlung erfolgte. Die Leistungsdokumentationen der Therapeuten geben einen Hinweis darauf, dass bisweilen „indirekte“ Behandlungen, wie zum Beispiel ausführliche Beratungen der Bezugsbetreuer oder des Fachdienstes der Einrichtung im Umgang mit dem betreffenden Jugendlichen erfolgten.“ (ebd., S. 65)

⁵⁵ Die Ergebnisformulierungen der Evaluationsstudie von Goldbeck und Fegert (2008) enthalten – über ihre instruktiven psychiatrischen Fachkenntnisse hinaus – Formulierungen und Forderungen, die auch unschwer als berufspolitische Machtinteressen eigener Art zu lesen sind. So plädieren die Autoren dafür, die von den Krankenkassen finanzierten psychotherapeutischen Behandlungsleistungen von den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten ableiten zu lassen, während für die pädagogisch-psychologischen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten eine Sonderregelung getroffen werden soll, damit diese in Mittlerfunktion in Heimen eingesetzt werden können. Dies ist meines Erachtens unmittelbar im Zusammenhang zur derzeitigen Diskussion in der Bundespsychotherapeuten-Kammer (BptK) zu sehen, die durch die Frage nach der Anpassung des Psychotherapeutengesetzes im Zuge der Europäischen Vereinheitlichung der Studienabschlüsse Bachelor und Master entstanden ist. Obgleich die BptK sich ausdrücklich für den Master als Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapieausbildung für beide Ausgangsdisziplinen (Psychologie und Sozial- bzw. Heil-Pädagogik) ausgesprochen hatte, ist diese Diskussion mittlerweile seitens der Arbeitsgemeinschaften der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) dahingehend gelenkt, dass (politisch gewollt) als Zugangsvoraussetzung der Kinder- und Jugendpsychotherapieausbildung lediglich ein Bachelor-Abschluss vorgesehen ist, womit der „alten“ Diskussion zwischen „kleiner“ und „großer“ Psychotherapieausbildung erneut Nahrung gegeben ist. Zusätzlich – und das wiegt meines Erachtens schwerer – wird damit das notwendige Fachwissen für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten als geringer eingestuft als für die Erwachsenenbehandlung. Eine Tendenz, die doch gerade auch angesichts der Ergebnisse der hier in Rede stehenden Studien als geradezu kontraproduktiv, wenn nicht als absurd zurückzuweisen ist.

von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Kindern/Jugendlichen und Eltern herzustellen, muss – insbesondere für die Ergebnisdarstellung der Studie von Goldbeck und Fegert – festgehalten werden, dass dieses Kriterium keine Beachtung findet. Das Behandlungsmodell – als Milieuthérapie bezeichnet – wird eher als medizinisches Expertenmodell durchgeführt, eine dialogische Kommunikation – zentrales Merkmal gesundheitsfördernder Orte – zwischen den Beteiligten findet keinen erwähnenswerten Raum⁵⁶.

Will indessen die Soziale Arbeit ihre Praxis glaubwürdig als gesundheitsfördernde und lebensweltorientierte Praxis ausweisen, dann bleibt ihr ein (Rück-) Griff auf die allgemein im Gesundheits- und Krankheitsdiskurs positiv besetzte und eine gesellschaftliche Macht stabilisierende Figur der „Heilung“ verwehrt. Dies bringt es mit sich, dass auch der Behandlungsbegriff im Kontext der stationären Erziehungshilfe in eine Sackgasse führt. Zum einen verweist dieser Terminus auf eine Verobjektivierung des Gegenübers und zum anderen auf den Gebrauch von sozialtechnischen Konzepten seitens eines Sozialingenieurs. Beide Merkmale werden dem Anspruch des Paradigmenwechsels einer modernen Sozialen Arbeit gerade nicht gerecht: von der Defizit- zur Ressourcenorientierung und dem damit verbundenen Perspektivenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese (vgl. Dörr 2005).

Diese Kritik verleugnet keineswegs die dringende Notwendigkeit, dass die pädagogischen Fachkräfte durch eine (heil)pädagogische Qualität in der Heimarbeit die Anwendung integrierter therapeutischer Verfahren unterstützen sollten. Gleichwohl bleibt die Frage zu beantworten, wie zu verhindern ist, dass durch die Implementierung eines ambulanten niedrigrschwelligigen Angebots seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Behandlungslastigkeit und damit einhergehend die Defizitperspektive sich (wieder) weiter ausbreitet, verbunden mit der Tendenz, dass aus einer pädagogischen Regeleinrichtung – unter der Hand – eine therapeutische Spezialeinrichtung wird. War doch aus guten fachlichen Gründen ein enges Spezialistentum zurückgedrängt worden zugunsten einer ökologischen Sichtweise, die nach den lebensweltlichen Ressourcen – und das heißt in der Pädagogik immer auch nach den Bedingungen und Möglichkeiten von Bildung und Erziehung – und den Bildungsbedingungen des Sozialen sowie nach den Ressourcen der Adressaten fragt und diese zu verbessern sucht.

Aber auch Kinder und Jugendliche mit einer seelischen Behinderung bleiben in erster Linie Kinder und Jugendliche, die einen Anspruch auf gesunde Entwicklung und Förderung, auf positive Lebensbedingungen sowie

⁵⁶ Die Jugendlichen sollen von den Pädagoginnen und Pädagogen zur Einsicht in ihre „Krankheit“ gebracht werden, um freiwillig Leistungen der Psychotherapie nachzufragen, was als Bedingung einer Verbesserung ihres biopsychosozialen Wohlbefindens gilt, nämlich „Gesundheit“. Auf die möglichen Auswirkungen von Stigmatisierungen bezüglich Selbst- und Fremd(-ent)wertung ist bereits hingewiesen worden.

auf Schutz vor Gefahren haben. Dies bedeutet daran festzuhalten, dass auch für sie „Normalität der Lebensumstände und Entwicklungschancen zu sichern“ (Schrapper 2004, S. 205) sind⁵⁷. Damit ist für die Kinder- und Jugendhilfe die besondere Anforderung verbunden, auch die (oft irritierenden, ängstigenden und störenden) Äußerungsformen von psychischer Krankheit bzw. seelischer Behinderung als manifest gewordenen Ausdruck unerträglich gewordener Lebensumstände und Lebenserfahrungen ihrer AdressatInnen zu begreifen, die eben nicht ‚einfach‘ durch eine positive Veränderung der Umwelt zu beeinflussen sind, sondern einer besonderen Behandlung und Heilung (die die Kinder- und Jugendhilfe selbst nicht bereitstellen kann) bedürfen. „Sie kann damit zum Gegengewicht, nicht Konkurrenz, von notwendiger Behandlung und Heilung werden und Kindern Orte und Beziehungen anbieten, in denen sie sich als normal erleben und entwickeln können“ (ebd., S. 206). Das konsequente Festhalten an einer salutogenetischen Perspektive verleugnet ja keineswegs pathogenetische Prozesse⁵⁸, also auch nicht die intrapsychische Konfliktodynamik, die biographische Notlagen perpetuieren können. Es wäre ja geradezu absurd – um nicht zu sagen makaber –, wenn vor lauter „Ressourcenorientierung“ das Leiden an der Pathologie ausgeblendet würde. Gesundheit und Krankheit schließen sich nicht aus (vgl. Kapitel 1) sondern sind gemeinsam Teil des Lebens. So ist auch Krankheit/seelische Behinderung zu begreifen als ein auf die eigene Lebenspraxis bezogener Ausdruck subjektiven Leidens, das immer eingebettet ist in soziale Sinnstrukturen und dennoch zugleich als ein Produkt der persönlichen Verarbeitung jener widersprüchlichen, allzu häufig unzumutbaren gesellschaftlichen Lebensumstände zu sehen ist: Dabei hält aber eine konsequent salutogenetische Perspektive daran fest, dass seelische Behinderung nicht nur Defiziterfahrungen sind, sondern zugleich konstruktive Leistungen des Kindes bzw. Jugendlichen, einen Umgang mit der Welt zu finden.

Die Anforderung an die Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe besteht daher darin, diese belastenden – ver-rückten – Überlebensstrategien der Kinder und Jugendlichen in ihrer 1. je biographischen Gewordenheit (Lebenssituation und Lebensgeschichte); 2. in ihrer subjektiven Sinnhaftigkeit (Selbstaussagen) und 3. im Zusammenhang bisherigen institutionellen Hilfehandelns (Hilfeschichten) zu verstehen, um sozialpädagogisch die „Beeinträchtigung von Teilhabe“ zu erschließen und Ideen für sinnvolle Hilfen zu entwickeln. Eine unverzichtbare Grundlage für eine gleichberechtigte Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie ist daher eine eigenständige

⁵⁷ „Normalität wird hierbei nicht als ein „normierter Standard“ begriffen, sondern als eine zwischen Eigensinn und Anpassung ausbalancierte, von Eltern und Kindern verstandene und ermöglichte Lebensform und Lebensorientierung.“ (Schrapper 2004, S. 205)

⁵⁸ Die Kontinuums-Metapher von Antonovsky verweist ja gerade darauf, dass weder Gesundheit noch Krankheit isoliert betrachtet werden können.

sozialpädagogische Urteilsbildung (vgl. Ader/Schrapper 2004, S. 94ff.). Zwar sind Diagnosen der Medizin wie der Psychologie für die Fachkräfte der stationären Erziehungseinrichtungen in ihrer pädagogischen Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen bedeutsam und unter gesundheitsförderlichen Settingbedingungen können die Kinder und Jugendlichen sicherlich von den angebotenen Therapien profitieren. Dennoch dürfen sich die Fachkräfte der stationären Erziehungshilfe nicht auf Beurteilungen und Handlungsanweisungen Dritter begrenzen lassen. Eine gleichberechtigte Zusammenarbeit – zum Wohl der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Familien – zwischen der stationären Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie erfordert, neben den bereits in Kapitel 2.6 aufgeführten (strukturellen) Bedingungen einer gelingenden, für beide Seiten gewinnbringende Kooperation, von den Fachkräften der stationären Einrichtungen eine eigenständige sozialpädagogische Diagnostik⁵⁹, um die gemeinsame Aufgabe (= Hilfe für Kinder in Schwierigkeiten) zu bewältigen und dabei von anderen Professionen als gleichberechtigter Partner ernst genommen zu werden.

Qualifiziertes Fallverstehen und Fallbearbeitung (vgl. Ader 2005) in der stationären Erziehungshilfe erfordert:

- institutionell getragene Methoden, Strukturen und Haltungen, „die die Grundlage dafür bilden, dass Kinder und Familien in ihrer Entwicklung verstanden werden können und Fachkräfte sich selbst und ihre Systeme verstehen (...) sowie
- zuverlässige und belastbare Arbeitsgrundlagen und Arbeitsbündnisse, die die Entwicklung einzelfallbezogener Betreuungsarrangements erst ermöglichen und die auch Krisen aushalten und gerade dann nicht kollabieren“ (Ader 2004, S. 442).

4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen auf der Folie von Gesundheitsförderung

Bei allen Vorbehalten gegen Spezialeinrichtungen⁶⁰ ergibt sich für einen Teil der „Hochrisikoprobanden“, bei denen sowohl die Kinder- und Jugendhilfe als auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie auf ihre Grenzen zurückgeworfen

⁵⁹ In Anlehnung an Burkhard Müller (1993) bestimmen Ader/Schrapper (2004, S. 94) eine „Sozialpädagogische Diagnostik“ (...) als Fachterminus für die sozialpädagogische Lehre vom durchblickenden Verstehen, Erkennen und Beurteilen.“

⁶⁰ Eine angemessene Versorgung von delinquenten Jugendlichen in stationären Regeleinrichtungen stellt sich bei jugendlichen Sexualtätern im Besonderen als schwierig dar, da von diesen eine Gefahr für Kinder, die in ihr Opferprofil passen und/oder bereits Opfer von sexuellen Übergriffen waren, ausgehen kann.“ (Schmid 2007, S. 164)

sind, eine besondere Sachlage, die zudem auf eine lang anhaltende und kontrovers geführte Fachdiskussion insbesondere in der Kinder- und Jugendhilfe verweist. Für beide Systeme zeigt sich, dass es müßig ist, in der Praxis auf ein Wunder-Setting zu hoffen „das alle noch so schwierigen Kinder aushält“ (Schwabe 2001, S. 21). Nach wie vor bildet dabei die Frage, ob geschlossene Heime zur Betreuung besonders problembehafteter Kinder und Jugendlicher, bei denen häufig bereits wiederholte Straftaten und zahlreiche fehlgeschlagene Betreuungsversuche vorliegen, notwendig und pädagogisch zu rechtfertigen sind, einen Streitpunkt der besonderen Art.

Diesem Problem widmet sich die – in dieser Streitfrage wohlthuend unaufgeregte – Studie von Hoops und Permien (2006): „Mildere Maßnahmen sind nicht möglich!“ Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631b BGB in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie.

Die Ergebnisse von Hoops und Permien geben einerseits deutliche Hinweise darauf, „dass es ohne eine mit zeitweisem Freiheitsentzug verbundene Hilfe für manche der Jugendlichen, deren Akten wir analysierten oder mit denen wir sprechen konnten, kaum eine alternative Erfolgshoffnung geben dürfte. Andererseits müssen die Jugendlichen mit diesem Eingriff in ihre Grundrechte für die Hilfe zunächst einen hohen Preis zahlen, ohne dass ein – wie immer zu bemessender – Erfolg garantiert wäre. Vielmehr setzt der Freiheitsentzug gegen den Willen der Jugendlichen zunächst genau das außer Kraft, was sonst als Basis für den Erfolg einer Hilfe gilt: ihre Mitwirkungsbereitschaft und ihre Partizipation an der Entscheidung über Art, Ort und Dauer der Hilfe. Soll dieser Eingriff nicht zum bloßen Willkürakt werden und stattdessen Erziehung wieder möglich machen, so muss er so gut wie möglich eingeleitet, begleitet und reflektiert werden. Die Studie zeigt, dass in bestimmten Bereichen noch viel Verbesserungsbedarf besteht und eine fachliche Weiterentwicklung nötig ist.“ (Hoops/ Permien 2006, S. 120f.)

Neben einer Reihe spezifischer Fragen zur Qualität der Verfahren, zur Trennschärfe auch geschlechtsspezifischer Indikationen, zu den Alternativen bzw. vermuteten Grauzonen im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen fokussieren sie ihre Forschung auf das Thema der „Kooperation von Jugendhilfe, Justiz und Jugendpsychiatrie im Umgang mit besonders gefährdeten, zum Teil aber auch durchaus ‚gefährlichen‘ Jugendlichen.“ (ebd., S. 16)

Betrachten wir diese Studie vor dem Hintergrund der Idee, Heime als Orte der Salutogenese aufzubauen, dann lässt sich auch in dieser Hinsicht die Studie mit außerordentlichem Gewinn lesen. Die Prämisse von Hoops und Permien, dass die Qualität der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt und stationäre Einrichtungen), Kinder- und Jugendpsychiatrie und Justiz ganz wesentlich mit darüber entscheidet, welche Indikation gestellt und welche Beschlüsse gefasst werden und welche gegenseitige Unterstützung im Einzel-

fall möglich ist, um gute Rahmenbedingungen für den Prozess der Unterbringung zu schaffen, schärft den Blick auf Einweisungs- und Verlängerungsverfahren bei freiheitsentziehenden Maßnahmen, verlangt nach differenzierten Begründungen der Indikationsstellungen und fordert klare Kooperationsvereinbarungen zwischen allen Beteiligten. Transparente Verfahrensregelungen helfen, die Rechte der Jugendlichen auch in Phasen des massiven Eingriffs in ihre Autonomie (z. B. bei freiheitsentziehenden Maßnahmen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe) weitestgehend zu sichern. Und, indem Hoops und Permien anschaulich nachzeichnen, in welcher Weise die Jugendlichen in Unterbringungsverfahren sowohl seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch der Kinder- und Jugendhilfe ihre Rechte vorenthalten bekommen, heben sie nicht die „Widerständigkeiten“ bei den Kindern und Jugendlichen hervor (sie negieren sie aber auch nicht), sondern weisen sachhaltig auf Defizite in den Kooperationsstrukturen zwischen Justiz, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe und den Adressatinnen und Adressaten der Hilfe hin:

- auf die Abhängigkeit dieser Kooperation von der regionalen Versorgungsstruktur hinsichtlich stationärer und ambulanter Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- auf den notwendigen Diskussionsbedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Kinder- und Jugendhilfe in Bezug auf Verfahrensregelungen,
- auf Unklarheiten bezüglich der Definition von Geschlossenheit sowie
- der Indikationsstellungen für freiheitsentziehende Maßnahmen.

Die differenzierte empirische Darlegung dieser strukturellen Defizite lassen sich als Ausweis einer salutogenetischen Perspektive lesen: Die Studie von Hoops und Permien (2006) interessiert sich für die gesundheitlichen Ressourcen und Stärken der betroffenen Mädchen und Jungen sowie für die Möglichkeiten ihrer Förderung. Entsprechend des Credos von Antonovsky (1997) – ‚Wie groß die Einschränkungen eines Menschen auch sind, es stellt sich immer die Frage, wie und durch welche Unterstützungen er sich in Richtung des gesunden Pols auf der Kontinuumsachse bewegen kann‘ – plädieren sie für die Verankerung einer strukturell und konzeptionell gesicherten fallübergreifenden Zusammenarbeit einschließlich transparenter Verfahrensregeln, so dass die Akteure angehalten sind, bezogen auf die jeweiligen Einzelfälle die „kranken“, „störenden“ und/oder „in ihrer Entwicklung gestörten“ Kinder und Jugendliche ganzheitlich in ihren biographischen und sozialen Kontexten wahrzunehmen. Auf dieser Basis ist es möglich, hinreichend reflektierte Entscheidungen und fachlich begründbare Maßnahmen treffen zu können. Wünschenswert wäre z. B. – so heben Hoops und Permien auf der Basis ihrer empirischen Forschungsergebnisse hervor –

„dass in den Stellungnahmen der Jugendämter (und genauso in den Gutachten der Kinder- und Jugendpsychiatrie) stärker auf die Ressourcen auch dieser „schwierigen“ Jugendlichen und auf systemische Aspekte eingegangen wird, schon weil die Bemühungen der Heime sich nicht auf „Reparatur“ und „Mängelbeseitigung“ beschränken können, sondern – als Vorbedingung für jeglichen Erfolg – an den Ressourcen der Jugendlichen und möglichst auch ihrer Familien ansetzen müssen, um sie für die Mitwirkung an der Maßnahme zu gewinnen.“ (ebd., S. 57)

Analog zu anderen Untersuchungen zu Wirkungen der Heimerziehung thematisiert auch diese Studie die Bedeutsamkeit der Kooperation mit den Eltern. Dabei wird den Fachkräften die balancierende Fähigkeit abverlangt, einerseits mit Verständnis auf elterliche Gefühle von Schuld, Versagen oder Ablehnung des Kindes sowie auf Wiedergutmachungswünsche zu reagieren und sich mit den Ambivalenzen der Eltern auseinanderzusetzen. Andererseits aber dürfen sie dennoch „nicht versäumen, ihre eigenen Ziele und ihr eigenes Handeln transparent zu machen, Konflikte mit den Eltern offen auszutragen und ihnen notfalls sogar Teile des Sorgerechts zu entziehen. Diese Balance aber gelingt nicht immer – manchmal scheitern freiheitsentziehende Maßnahmen tatsächlich an der missglückten Kooperation mit den Eltern.“ (ebd., S. 83) Bei diesen Forderungen verkennen die Autorinnen keineswegs – gerade in den Krisenfällen, bei denen freiheitsentziehende Maßnahmen in Erwägung gezogen werden – die arbeitsintensive Notwendigkeit von Initiative und Flexibilität aller beteiligten Akteure, um die gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen und die Rechte der Jugendlichen zu wahren, und dass heißt eben auch, ihnen Möglichkeiten der Partizipation, trotz der eingeschränkten Rechte, immer wieder neu zu eröffnen. Denn die „besondere Stellung der Kooperation mit den Adressaten der Kinder- und Jugendhilfe ergibt sich aus der Tatsache, dass das System der Kinder- und Jugendhilfe mit seinen Maßnahmen dem Wohl der Adressaten dienen soll und diese zugleich als Akteure im System gefordert sind“ (van Santen/Seckinger 2003, S. 74).

Auch wenn in der Studie von Hoops und Permien (2006, S. 75f.) – neben eklatanten Defiziten beispielsweise in der Wahrung der Beteiligungsrechte Minderjähriger durch fehlende bzw. verspätete Bestellungen von Verfahrenspflegschaften (vgl. auch Steger 2005) – positive Auswirkungen von freiheitsentziehenden Maßnahmen für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zur Sprache kommen, als eine Rechtfertigung von Freiheitsentzug, sind die Ergebnisse meines Erachtens weder gedacht noch brauchbar. Zwangselemente in der Erziehung und in der Therapie von schwer belasteten und belastenden Kindern und Jugendlichen sind nicht verallgemeinernd – eben auch nicht im Sinne der Herstellung einer wie immer definierten „Gesundheit“ – zu legitimieren. Es ist und bleibt eine Frage des Abwägens, des Für und Wider im Einzelfall und dies kann nur kontextgebunden und kasuistisch beantwortet

werden. Eine wesentliche Rechtfertigungsinstanz ist zwar das, was die Kinder und Jugendlichen in den Interviews sagen, wollen und – im Reagieren auf das was Fachkräfte tun – praktisch zeigen. Aber es ist eben nicht die einzige. Weder sie noch die andere, bürokratische oder sonstige Instanz, hebt pädagogische Eigenverantwortung für jeweilige Entscheidungen auf. In jedem Fall aber haben Adressatinnen und Adressaten der stationären Heimerziehung hinsichtlich der ihnen auferlegten Zwänge ein Recht auf Aufrichtigkeit (vgl. Müller 2007, S. 13ff.). Alle Informationen und Absprachen sollen grundsätzlich von einer möglichst großen Verbindlichkeit und Klarheit – nicht nur für die institutionellen Kooperationspartner, sondern auch für die Eltern und das betroffene Kind – gekennzeichnet sein.

4.4 Ausblick: Verantwortung für die Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen übernehmen

Heime als Orte der Salutogenese erweitern für die darin involvierten Akteure ihre Verwirklichungschancen im Hinblick auf die Erfahrung der wirksamen Einflussnahme auf ihre Lebenswelt, die Erfahrungen der Bestätigung /Anerkennung durch bedeutsame Andere und die Zugehörigkeit zu einer als wichtig erachteten Mitwelt. Diese Dimensionen gemeinsam konstituieren eine soziale Chancenstruktur, die begründet als ein Gesundheit ermöglichendes Setting bezeichnet werden kann.

So ist es die Aufgabe aller Verantwortlichen in der Kinder- und Jugendhilfe, im Gesundheits- und Bildungswesen ebenso wie in der Politik (auch wenn hier davon nicht die Rede war) eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Sektoren und ihren Akteuren immer wieder aufs Neue herzustellen und dabei zuvorderst die Verbesserung der Lebenslagen für die ihr anvertrauten Kinder, Jugendlichen und Familie im Blick zu behalten, um ihnen Optionen einer gesundheitsrelevanten, aktiven Lebensweise zu eröffnen. Dass Zwang und Verantwortungsverschiebung als Hindernis für Gesundheitsförderung zu interpretieren ist, ist evident. Und doch gibt es diese Praxis, aber noch immer eher als eine klammheimliche Grauzone, die ihre Plausibilität vor allem aus der Hilflosigkeit, dem sich nicht mehr anders zu helfen wissen, bezieht. Dies sind, wie Michael Winkler schreibt „schlechte Gründe einer konkreten Realität“ (Winkler 2005, S. 201) stationärer Erziehungshilfe, die dringend Teil einer selbstkritisch zu verantwortenden Fachpraxis sein bzw. werden muss. Für die Fachkräfte der stationären Erziehungshilfe ist damit zusätzlich die Forderung formuliert, auch jenseits offenkundiger Zwangsmaßnahmen, eine systematische Haltung des Befremdens vertrauter Erfahrungen einzunehmen und das heißt, eine besondere Flexibilität und Offenheit im Umgang mit kultureller und/oder milieuspezifischer Andersartigkeit des Gegen-

übers – auch in Bezug auf ein fremdes, unvertrautes Gesundheitshandeln – zu praktizieren. Dies vermag sie davor zu schützen, ihr Gegenüber vorschnell unter geläufige Kategorien zu subsumieren und darüber einen Bezug zum Anderen in Form der Unterwerfung zu konstituieren.

Dass dieser Weg einer verantworteten, reflektierten Praxis – wenn auch immer noch zu zögerlich – im Kontext explizit freiheitsentziehender Maßnahmen beschränkt wird, zeigt das vorsichtige Resümee von Sabrina Hoops und Hanna Permien (2006, S.127): „Einig sind sich alle Expertinnen- und Expertengruppen, dass FM dabei so weit wie möglich zu vermeiden sei – indem Mitwirkungsbereitschaft und Selbstverantwortung von Jugendlichen und Eltern verstärkt angeregt werden.“

5 Literatur

Ader, S. (2004): „Besonders schwierige“ Kinder: Unverstanden und instrumentalisiert. In: Fegert, J.M./Schrapper, C. (Hrsg.), Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München, S.437-447

Ader, S. (2005): Was leitet den Blick? Wahrnehmung, Deutung und Intervention in der Jugendhilfe. Weinheim, München

Ader, S./Schrapper, C. (2002): Wie aus Kindern in Schwierigkeiten „schwierige Fälle“ werden. Erfahrungen und Befunde aus einem neuen Forschungsprojekt zu einem alten Thema. In: Forum Erziehungshilfen, 1, S. 27-34

Ader, S./Schrapper, C. (2004): Sozialpädagogische Diagnostik als fallverstehende Analyse und Verständigung. Entwicklungslinien, Konzepte und Anforderungen. In: Fegert, J.M./Schrapper, C. (Hrsg.), Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München, S. 85-99

Alheit, P./Hanses, A. (2004): Institution und Biographie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In: Hanses, A. (Hrsg.), Biographie und Soziale Arbeit. Baltmannsweiler, S. 8-28

Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen

Baric, L. (1998): People in setting. Hale Barns

Baur, D./Finkel, M./Hamberger, M./Kühn, A.D. (1998): Leistungen und Grenzen der Heimerziehung: Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Stuttgart

Bernfeld, S. (1971): Kinderheim Baumgarten. Bericht über einen ernsthaften Versuch mit neuer Erziehung. In: von Werder, L./Wolff, R. (Hrsg.), Bernfeld: Antiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse. Frankfurt/M., S. 94-215

Blandow, J. (1997): Über die Erziehungskarrieren. Stricke und Fallen der postmodernen Jugendhilfe, In: Gintzel, U./Schone, R. (Hrsg.), Jahrbuch der Sozialen Arbeit. Münster, S. 172-188

- Blandow, J. (2004): Herkunftseltern als Klienten der Sozialen Dienste: Ansätze zur Überwindung eines spannungsgeladenen Verhältnisses. In: Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf (Hrsg.), Herkunftsfamilien in der Kinder- und Jugendhilfe. München, S. 8-32
- Blandow, J. (2008): „Jugend“. In: Hanses, A./Homfeldt, H.-G. (Hrsg.), Lebensalter und Soziale Arbeit: Eine Einführung. Baltmannsweiler, S. 131-151
- Blankenburg, W. (1989³): Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. In: Blankenburg, W./Backmund, H./Beckmann, H. (Hrsg.), Brennpunkte der Psychiatrie: Diagnostik, Datenerhebung, Krankenversorgung (Band 9). Berlin, S. 119-145
- Böhnisch, L. (2005⁴): Sozialpädagogik der Lebensalter: Eine Einführung. Weinheim
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2008): Lebenslagen in Deutschland: Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Verfügbar über: http://www.bmas.de/coremedia/generator/26742/property=pdf/dritter__armuts__und__reichtumsbericht.pdf
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005): Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002): Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (1998): Leistungen und Grenzen der Heimerziehung. Stuttgart
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002): Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Stuttgart
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) (1990): Achter Jugendbericht. Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe. Bonn
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004⁵): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln
- Conen, M.-L. (2007): Schwer zu erreichende Eltern. Ein systemischer Ansatz der Elternarbeit in der Heimerziehung. In: Homfeldt, H.G./Schulze-Krüdener, J. (Hrsg.), Elternarbeit in der Heimerziehung. München, Basel, S. 61-76
- Dewe, B./Otto, H.-U. (2001²): Profession. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.), Handbuch Sozialarbeit - Sozialpädagogik. Neuwied, S. 1399-1423
- Dörr, M. (1996): Beziehungsarbeit: Zur Fragwürdigkeit eines Modebegriffs. Frankfurt a. M.
- Dörr, M. (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München
- Engel, U. (1996): Zum Verhältnis von Psychiatrie und Pädagogik: Aspekte einer vernunftkritischen Psychiatriegeschichte. Frankfurt a. M.
- Erdelyi, P. (2001): Seelische Behinderung. In: Gernert, W. (Hrsg.), Handwörterbuch für Jugendhilfe und Sozialarbeit. Stuttgart, S. 413-423
- Fegert, J.M./Schrappner, C. (Hrsg.) (2004): Handbuch Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie. Weinheim, München
- Fegert, J.M. (2007): Vorwort zu Marc Schmid: Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim, München, S. 7-11

- Finkel, M. (2004): Selbstständigkeit und etwas Glück: Einflüsse öffentlicher Erziehung auf die biographischen Perspektiven junger Frauen. Weinheim, München
- Flosdorf, P. (2007): Eltern- und Familienarbeit in der Heimerziehung historisch betrachtet: Zum fachlichen Perspektivenwechsel in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Homfeldt, H.G., Schulze-Krüdener, J. (Hrsg.): Elternarbeit in der Heimerziehung. Baltmannsweiler, S. 31-43
- Franke, A. (1997). Praxisrelevante Grundgedanken des Salutogenese-Konzeptes. In: Lamprecht, F./ Johnen, R. (Hrsg.): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Frankfurt/M. VAS, S. 41-45
- Franzkowiak, P. (1998): Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit zwischen Public Health und Gesundheitswissenschaft. In: Neue Praxis, 28, S. 171-179
- Franzkowiak, P. (2006): Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München, Basel
- Franzkowiak, P./Wenzel, E. (2001): Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In: Otto, H.U./Thiersch, H. (Hrsg.), Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied, S. 716-722
- Freigang, W. (1986): Verlegen und Abschieben: Zur Erziehungspraxis im Heim. Weinheim, München
- Freigang, W./Wolf, K. (2001): Heimerziehungsprofile: Sozialpädagogische Portraits. Weinheim, Basel
- Gabriel, T./Keller, S./Studer, T. (2007): Wirkungen erzieherischer Hilfen: Metaanalyse ausgewählter Studien. München
- Gadamer, H.-G. (1991): Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt a.M.
- Gehres, W. (1997) : Das zweite Zuhause: Lebensgeschichte und Persönlichkeitsentwicklung von Heimkindern. Opladen
- Gintzel, U./Schone, R. (1989): Erziehungshilfen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – Problemlagen junger Menschen. Entscheidungsprozesse, Konflikte und Kooperation. Münster
- Gintzel, U./Schone, R. (1990): Zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Münster
- Göckenjan, G. (1985): Kurieren und Staat machen: Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt a. M.
- Goldbeck, L./Fegert, J.M. (2008): Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte (Abschlussbericht). Verfügbar über: http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Dokumente/Abschlussbericht_Heimkinder.pdf
- Günther, M. (1995): Hilfsangebote für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Qualifizierung von Regeleinrichtungen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44, S. 366-369
- Hafen, M. (2007): Was ist Gesundheit... und wie kann sie gefördert werden? In: Sozial Extra, H. 6, S. 32-36
- Hanses, A. (2002): Biographische Diagnostik als Veränderung professioneller „Interaktionsordnung“. In: Dörr, M. (Hrsg.), Klinische Sozialarbeit. Zur Notwendigkeit einer Kontroverse. Baltmannsweiler, S. 86-102

- Henkel, J./Schnapka, M./Schrappner, C. (Hrsg.) (2002): Was tun mit schwierigen Kindern? Münster
- Höfer, R. (2000): Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl. Opladen
- Homfeldt, H.-G./Sting, S. (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit: Eine Einführung. München, Basel
- Honegger, C. (1991): Die Ordnung der Geschlechter. Frankfurt a.M.
- Hoops, S./Permien, H. (2006): „Mildere Maßnahmen sind nicht möglich!“ Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631b BGB in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. München
- Horn, K./Beier, C./Wolf, M. (1983): Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Opladen
- Illich, I. (1975): Die Enteignung der Gesundheit. Reinbek
- Internationale Gesellschaft für Heimerziehung (IGfH) (1977): Zwischenbericht Kommission Heimerziehung. Frankfurt a. M.
- Kickbusch, I. (2003²): Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München, S. 181-189
- Robert Koch-Institut (2007): KiGGS-Basispublikation. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 529-908
- Lambers, L. (1996): Heimerziehung als kritisches Lebensereignis. Münster
- Lamparter, U./Bühning, B./Deneke, F.-W./Höppner, S. (1997): Wer ist gesund, wer wird es, wer bleibt es? Zur Interdependenz von Lebensbelastung und Erkrankung. In: Herold, R./Keim, J./König, H./Walker, C. (Hrsg.), Ich bin doch krank und nicht verrückt. Tübingen, S. 224-239
- Laqueur, T. (1992): Auf den Leib geschrieben: Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud. Frankfurt a. M.
- Leithäuser, T./Volmerg, B. (Hrsg.) (1981): Entwurf zu einer Empirie des Alltagsbewusstseins. Frankfurt a. M.
- Lempp, R. (1985): Grenzprobleme zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. In: Zentralblatt für Jugendrecht, 11, S. 429-436
- Lempp, R. (1990): Wirkungsvollere Jugendhilfe durch Zusammenfassung der Zuständigkeit. Sachverstand und Finanzierung. In: Gintzel, U./Schone, R. (Hrsg.), Zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Münster, S. 21-28
- Lempp, R. (1991): Therapie und Pädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Lehmkühl, U. (Hrsg.), Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin
- Meltzer, H./Corbin, T./Gatward, R./Goodman, R./Ford, T. (2003): The mental health of young people looked after by local authorities in England. London: Palgrave Macmillan
- Mentzos, S. (1988): Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt a.M.
- Menzies, I. (1974): Die Angstabwehr – Funktion sozialer Systeme – ein Fallbericht. In: Gruppendynamik, 2, S. 183-216
- Mielck, A. (1999): Gesundheit und soziale Differenz: Empfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.), Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Neuwied, Krieffel, VIII, 9, S. 1-20
- Mielck, A./Helmert, U. (1994): Krankheit und soziale Ungleichheit. Empirische Studien in West-Deutschland. In: Mielck, A. (Hrsg.), Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen, S. 93-124

- Müller, K.H. (1999): Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Frankfurt
- Müller, B. (2007): Zum Themenheft „Zwang“: Ein offener Brief. In: Widersprüche, 106, S. 13-17
- Paulus, P./Barkholz, U. (1999): Gesundheit und Schule im Horizont des Settingkonzepts. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.), Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Neuwied, S. 1-19
- Pluto, L. (2007): Partizipation in den Hilfen zur Erziehung: Eine empirische Studie. München
- Pluto, L./Gragert, N./van Santen, E./Seckinger, M. (2007): Kinder- und Jugendhilfe im Wandel: Eine empirische Strukturanalyse. München
- Rätz-Heinisch, R. (2005): Gelingende Jugendhilfe bei „aussichtslosen Fällen“! Biographische Rekonstruktionen von Lebensgeschichten junger Menschen. Würzburg
- Schmid, M. (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern: Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim, München
- Schmidt, M.H./ Petermann, F./ Macsenaere, M./Knab, E./Schneider, K./Hölzl, H. et.al (2002): Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Stuttgart
- Schrödter, M./Ziegler, H. (2007): Was wirkt in der Kinder- und Jugendhilfe? Internationaler Überblick und Entwurf eines Indikatorensystems von Verwirklichungschancen. München
- Schulze-Krüdener, J. (2007): „Mit der Elternarbeit geht es uns meist besser als ohne“: Eltern als unverzichtbare Kooperationspartner in der Heimerziehung? In: Homfeldt, H.-G./Schulze-Krüdener, J. (Hrsg.), Elternarbeit in der Heimerziehung. München, S. 99-111
- Schütze, F. (2000): Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns. In: ZBBS, 1, S. 49-96
- Schwabe, M. (2001): Was tun mit den Schwierigsten? Brauchen wir neue pädagogische Konzepte für so genannte maßnahme-resistente Kinder und Jugendliche? In: Evangelische Jugendhilfe, 1, S. 3-22
- Siegrist, J. (1997³): Selbstregulation, Emotion und Gesundheit – Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung. In: Lamprecht, F./Johnen, R. (Hrsg.), Salutogenese: Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Frankfurt a.M., S. 99-108
- Sladek, M. (2000): Jugendliche Individualisierungsverlierer: Eine lebensweltlich ethnographische Studie über die Betreuung Jugendlicher in Single Apartments. Weinheim, München
- Steger, M. (2005): Freiheitsentziehende Maßnahmen in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. München
- Taube, K. (2000): Von der Elternarbeit zur systemischen Familienarbeit in der Heimerziehung
Verfügbar über: <http://www.sgbviii.de/S79.html>
- Tischner, W. (2002): „Heimerziehung“. Verfügbar über: www.sgbviii.de/S113.html
- UNICEF (1989): UN-Kinderrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte des Kindes.
Verfügbar über: http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/projekte/themen/PDF/UN-Kinderrechtskonvention.pdf
- Van Santen, E. (2006): Beschwerdemanagement und Adressatenräte als institutionelle Formen der Partizipation in den erzieherischen Hilfen: Das Beispiel Niederlande. In: Seckinger, M. (Hrsg.), Partizipation – ein zentrales Paradigma. Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern. Tübingen, S. 173-187

- Van Santen, E./Seckinger, M. (2003b): Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München
- Van Santen, E./Seckinger, M. (2003): Kooperation in der Kinder- und Jugendhilfe: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine qualitative Feldstudie. In: Schweppe, C. (Hrsg.), Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik. Opladen, S. 119-144
- Van Santen, E./Seckinger, M. (2000): Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur institutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München
- Vondunk, U. (2003): Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. In: Kunkel, P. (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden, S. 313-350
- Von Weizsäcker, V. (1986): Soziale Krankheit und soziale Gesundheit. In: von Weizsäcker, V./Achilles, P./Janz, D./Schrenk, M. (Hrsg.), Soziale Krankheit und soziale Gesundheit. Gesammelte Schriften, (Band 8) Frankfurt a. M., S. 31-96
- Von Wolfersdorff, C. (2001): Konzepte offener und geschlossener Heimerziehung im Wandel der Zeiten. In: Birtsch, V./Münstermann, K./Trede, W. (Hrsg.), Handbuch Erziehungshilfen. Münster, S. 149-174
- Wieland, N. (2001): Kooperation von Drogenhilfe und Jugendhilfe aus der Sicht der Jugendhilfe. In: IGfH (Hrsg.), Dialog und Kooperation von Jugendhilfe und Drogenkonsum. Frankfurt a. M., S. 47-59
- Wiesner, R./Mörsberger, T./Oberloskamp, H./Struck, J. (2000²): SGB VIII Kinder und Jugendhilfe. München
- Winkler, M. (1998): Eine pädagogische Betrachtung der Heimerziehung. In: Peters, F. (Hrsg.), Jenseits von Familie und Anstalt. Bielefeld, S. 67-69
- Winkler, M. (2005): Das Elend mit der geschlossenen Unterbringung. In: Forum Erziehungshilfen, 4, S. 196-201
- Wolf, K. (1995): Entwicklungen in der Heimerziehung. München
- Wolf, K. (2007): Metaanalyse von Fallstudien erzieherischer Hilfen hinsichtlich von Wirkungen und „wirkmächtigen“ Faktoren aus Nutzersicht. Münster