

Der Beitrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Kinderschutz

Wilhelm Rotthaus

Zusammenfassung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie kann – sei es ambulant oder stationär – einen wesentlichen Beitrag zum Kinderschutz leisten, wenn sie ihre Aufgabe darin sieht, Eltern dabei zu helfen, ihre Elternfunktion (wieder) erfolgreich wahrzunehmen, und Kinder sowie Jugendliche dabei unterstützt, in diesem Rahmen die eigenen Entwicklungsaufgaben nach ihren Möglichkeiten möglichst gut zu bewältigen. Dazu ist es gegebenenfalls notwendig, dass in Kooperation mit dem Jugendamt ein Zwangskontext gestaltet wird, der eine solche Arbeit erst möglich macht. Ein besonderer Nutzen von kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen für den Kinderschutz in den Systemen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie erscheint nicht erkennbar. Der Beitrag ist aus der Sicht des Autors geschrieben, der über lange Zeit ärztlicher Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen war.

Schlagwörter: Kinderschutz – Kinder- und Jugendpsychiatrie – Zwangskontext – Elternarbeit – Diagnosen – Ressourcenorientierung

Summary

The contribution of child and adolescent psychiatry to child welfare

Child and adolescent psychiatry can contribute a lot to child welfare – in outpatient as well as in inpatient mode – if it pursues the aim to help parents in parenting successfully and assists the children and juveniles mastering their developmental tasks. For that in some cases it may be necessary to form a context of control in cooperation with the youth welfare office to enable such work. A special benefit of psychiatric diagnoses for child welfare can be identified neither in the system child and youth service nor in the system child and adolescent psychiatry. This article depicts the view of the author who was head physician of the child and adolescent psychiatry hospital Viersen, Germany, for a long time.

Keywords: child welfare – child and adolescent psychiatry – context of control – cooperation – psychiatric diagnoses – resource orientation

1 Vorbemerkung

Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie ich sie verstehe, hat die Aufgabe, Kindern und Jugendlichen dabei zu helfen, ihre Lebenschancen nach ihren Möglichkeiten zur eigenen Zufriedenheit wahrzunehmen, und Eltern dabei zu unterstützen, wirksame Elternschaft in möglichst guter Beziehung zu ihren Kindern zu leben. Damit leistet Kinder- und Jugendpsychiatrie Wesentliches für den Kinderschutz. Sie stellt sich der herausfordernden Aufgabe, auch »schwierige« Eltern darin zu befähigen, (wieder) kompetente, für ihre Kinder hilfreiche Elternschaft auszuüben. Sie betrachtet die Eltern als Experten ihres Lebens, übersieht dabei aber nicht, wann es nicht gelingt, das Wohl des Kindes sicherzustellen. In solchen Fällen müssen gegebenenfalls Zwangsmaßnahmen angeregt werden, die oft eine gute Voraussetzung für therapeutische Arbeit schaffen, zuweilen aber auch eine Fremdplatzierung beinhalten, die Elternarbeit und im ungünstigsten Fall die Arbeit daran einschließt, auch diesen Kindern ein möglichst gutes Elternbild zu vermitteln.

2 Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die ambulant arbeitende Kinder- und Jugendpsychiaterin orientiert sich nach Klärung des Anlasses und des Überweisungskontextes an den Zielen und Anliegen aller beteiligten Familienmitglieder, klärt den Auftrag und erarbeitet eine Abmachung, die eine im Laufe des Prozesses wiederholte Reflexion darüber beinhaltet, ob die Arbeit sich nach wie vor an den Anliegen der Familienmitglieder orientiert. Eine solche Arbeit, die durch Respekt und Wertschätzung aller Familienmitglieder geprägt ist, stärkt die Eltern in ihrer Elternverantwortung und »verführt« das Kind oder den Jugendlichen dazu, selbst Verantwortung für sein Verhalten zu übernehmen. Selbstverständlich kommt es in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern auch immer wieder zu Auftragsdiskrepanzen, die eine fachgerechte systemische Auseinandersetzung unter strikter Wahrung der Allparteilichkeit von der Kinder- und Jugendpsychiaterin erfordert. Verweigern Jugendliche, überhaupt zur Therapie zu erscheinen, arbeitet die Jugendpsychiaterin mit den Eltern allein – häufig mit der Folge, dass die/der Jugendliche nach vier bis fünf Stunden doch erscheint, vielleicht, nachdem sie ihm zuvor mit Erlaubnis der Eltern einen Brief (eine Mail, eine SMS) geschrieben hat. Auch hier besteht das entscheidende Element darin, die Eltern in ihrer Position als Mittelpunkt der Familie zu stärken und sie darin zu bekräftigen, Elternverantwortung zu übernehmen, indem sie ihre Überzeugungen unbeirrt vertreten, auch wenn die/der Jugendliche den Vorgaben nicht folgt (Rotthaus, 2011).

3 Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im stationären Kontext kann es nach meinen Erfahrungen in etwa 95 % der Fälle gelingen – diese Zahl habe ich immer wieder kritisch mit meinen Kolleginnen überprüft –, dass die Eltern in ganz bewundernswerter Weise mitarbeiten und einen hohen persönlichen Aufwand an Engagement, Zeit und auch Geld dafür einsetzen, (wieder) erfolgreiche Elternschaft zu leben und eine bessere Beziehung zu ihren Kindern zu finden. Dieser Erfolg erklärt sich meines Erachtens daraus, dass die Eltern an der Entschiedenheit der Klinikmitarbeiterinnen wachsen, mit der sie als die wichtigsten und unersetzbaren Personen für ihr Kind angesehen werden, dass sie alle ihre Bemühungen um ihre Kinder, auch die gescheiterten, gewertschätzt sehen und dass sie sich in ihrer elterlichen Selbstwirksamkeit gestärkt erleben. Natürlich sind viele dieser Eltern zunächst – und das ist beim Aufsuchen einer Klinik nichts Ungewöhnliches – mit der Absicht erschienen, ihre Elternverantwortung an der Kliniktür abzugeben. Es ist der Job der Klinikmitarbeiterinnen, dies zu verhindern und sozusagen ins Gegenteil zu verkehren.

Um das zu erreichen, muss die klinische Arbeit einem klaren Konzept folgen, das vor allem durch die Überzeugung geprägt ist, dass auch die Eltern, die ihre Kinder in letzter Zeit grob vernachlässigt haben, eigentlich gute Eltern hätten sein wollen. Eltern, denen ihre Kinder tatsächlich gleichgültig sind, gibt es nach meiner Überzeugung nicht; vielmehr verbergen sich hinter einem solchen »Oberflächen«-Bild, das es natürlich gibt, zum einen eine Vielfalt schwieriger und belastender Lebenserfahrungen – lebensgeschichtlich und aktuell, zum Beispiel Armut, Arbeitslosigkeit und beengte Wohnverhältnisse – und zum anderen eine lange Kette von Bemühen und Scheitern in der Erziehung ihrer Kinder, von erneuten Versuchen und erneutem Scheitern und sehr viel Verzweiflung. Wem es gelingt, dies anzusprechen, gewinnt zumeist auch solche Eltern für eine gute Kooperation, die scheinbar nicht an ihren Kindern interessiert sind. Die innere Überzeugung, dass alle Eltern gute Eltern sein wollen, dass sie über ihr Kind Gutes hören und auf ihr Kind stolz sein möchten, dass sie erkannt und anerkannt sehen möchten, trotz aller Schwierigkeiten doch auch etwas Positives erreicht zu haben, ist die entscheidende Grundlage für ein gutes Arbeiten auch unter ungünstigen Voraussetzungen.

Hinzu kommt, dass die Arbeit sachgerecht organisiert sein muss. Das beinhaltet, dass eine Klärung der Beziehung zwischen Eltern, Kind und Klinikmitarbeiterinnen vor der Aufnahme zu erfolgen hat, auch wenn das die Zeit von mehreren Sitzungen in Anspruch nehmen sollte. Wenn ein Kind per Notaufnahme in die Klinik gekommen ist, wird man Wege suchen müssen, dieses grundsätzliche Vorgehen trotzdem möglich zu machen, beispielsweise durch eine kurzfristige Entlassung nach der Krisenaufnahme und eine baldige Wiederaufnahme zur Therapie oder durch eine Beendigung der Krisenaufenthalts auf der einen Station und eine Aufnahme zur Therapie auf eine andere Station – jeweils

nach dem üblichen Vorgehen. In den Vorgesprächen werden die Eltern auf den Sockel der Elternverantwortung gestellt: Sie entscheiden über den Zeitpunkt der Aufnahme ebenso wie über den Zeitpunkt der Entlassung. Sie beschreiben, was ihnen für ihr Kind besonders wichtig ist, und werden im Verlauf des Aufenthalts immer wieder um Rat gefragt. Ihre beiden Bezugsbetreuer, die gleichermaßen für das Kind und die Eltern zuständig und ihre ersten Ansprechpartner während des Aufenthalts sind, werden ihnen vorgestellt. Die Eltern haben aber auch Pflichten, die zusammen mit ihren Rechten in einem Vertrag festgehalten sind: Ihre Mitarbeit ist unverzichtbar, weil sie ein wichtiger, wenn nicht der wichtigste Teil der Lösung sind. Familiengespräche finden alle ein bis zwei Wochen statt (und heißen nicht Familientherapien, weil das Wort »Therapie« so missverstanden werden könnte, dass damit gemeint sei, in der Familie sei etwas nicht in Ordnung). Beide Seiten, sowohl Eltern als auch Klinikmitarbeiter, können bei Unzufriedenheit jederzeit kurzfristig ein Familiengespräch einfordern (Näheres dazu: Rotthaus, 1990).

Natürlich läuft nicht immer alles glatt, und es kann geschehen, dass es nicht gelingt, die Eltern konstant in ihrer Elternverantwortung zu halten. Darauf muss sofort reagiert werden: Zusätzliche Eltern- oder Familiengespräche oder beispielsweise die Einladung eines Elternteils zu einer oder mehreren Hospitationen in der Woche auf der Station sind dann bewährte Vorgehensweisen.

Selbstverständlich ist nicht in allen Fällen die Zusammenarbeit von Erfolg gekrönt, und es stellt sich zuweilen heraus, dass es den Eltern aus welchen Gründen auch immer nicht gelingt, dem Kind ein förderliches Zuhause zu gestalten (anders ausgedrückt: dass es uns nicht gelingt, ein solches Ergebnis hinreichend passend anzustoßen). Aus unserer Sicht ist es dann immer noch ein gutes Ergebnis, wenn die Eltern im Gespräch mit dem Kind und uns offen dazu stehen, dass sie es allein nicht schaffen und Hilfe beim Jugendamt erbitten wollen, sei diese ambulant oder stationär. Ergibt sich daraus eine gute Kooperation mit der HelferIn und der Institution Jugendamt auf gleicher Augenhöhe, kann sich daraus eine gute Lösung für das Kind entwickeln. Wenn auch ein solches Ergebnis nicht erreichbar ist, wird man darauf hoffen müssen, dass die Jugendhilfe mit ihren vielfältigen Möglichkeiten erfolgreicher arbeitet.

Bei den etwa 5 % der Eltern, mit denen eine Zusammenarbeit, wie geschildert, nicht gelingt, handelt es sich zumeist um Mütter und Väter, die entweder als Alleinerziehende oder beide tatsächlich (!) psychisch krank, häufig drogenabhängig sind und mit denen deshalb keine zuverlässige Zusammenarbeit in dem notwendigen Umfang möglich wird. Allerdings bleibt die Aufgabe zu erkunden, ob zumindest in mehr oder weniger reduzierter Form eine Kooperation gelingen kann. In der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen selbst geht es dann darum, den Kindern ein möglichst gutes Elternbild zu erhalten oder neu mit ihnen zu entwickeln, indem darauf verwiesen wird, dass ihre Mutter und ihr Vater mit Sicherheit gerne gute Eltern gewesen wären, leider aber durch ihre Erkrankung daran gehindert waren und werden. In einigen Fällen ist dann mit dem Jugendamt

zu klären, ob Zwangsmaßnahmen notwendig sind und gegebenenfalls welche und ob eine weitere enge Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie notwendig erscheint.

Zudem hatten wir es in der letzten Zeit meiner Kliniktätigkeit zunehmend häufig mit Familien zu tun, die unter derartig ungünstigen äußeren Bedingungen lebten, dass wir den Eindruck hatten, hier müsse zunächst einmal basale soziale Hilfe geleistet werden. Wir hatten den Eindruck, dass wir von diesen Familien, das heißt von diesen schon durch die Regelung des täglichen Lebens derart belasteten Eltern, nicht auch noch den Aufwand erwarten konnten, der nach unserer Erfahrung für eine erfolgreiche «Wieder-Beelterung» der sich auffällig und gestört zeigenden Kinder und Jugendlichen notwendig ist. Da es sich gleichzeitig oft um Eltern handelte, die trotz allen Mangels an Zuwendung, Aufsicht und Erziehung an ihren Kindern hingen, und die Beziehung zu den Eltern für die Kinder ebenfalls von hoher Bedeutung war, boten sich keinesfalls eingreifende Maßnahmen wie beispielsweise Fremdplatzierung als Lösung an, die uns eher wenig Erfolg versprechend erschienen. Vielmehr war hier ein komplexes Hilfeangebot gefordert, das als Voraussetzung für ein erfolgreiches Arbeiten mit den Eltern anzusehen war. Auch in solchen Fällen lässt sich eine gute Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie mit einer gut abgesprochenen Verteilung der Aufgaben organisieren – wenn denn zuvor die Voraussetzungen für eine Kooperation zwischen der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie geschaffen wurden (aber das ist ein Thema, das den Rahmen dieses Beitrags sprengen würde).

4 Zwischen ambulanter und stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie

Auch wenn man sich dadurch nicht immer sonderlich beliebt macht, ist es für eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik grundsätzlich wenig empfehlenswert, dem Wunsch nach einer stationären Aufnahme aus Heimen der Jugendhilfe zu schnell nachzugeben. Man verpasst die Chance, zu den Eltern ein gutes Arbeitsbündnis vor der Aufnahme (!) aufzubauen – Eltern, die häufig als querulatorisch, nicht mitarbeiterbereit, desinteressiert und zu weit entfernt lebend beschrieben werden.

Ein nach meiner Erfahrung angemessenes und Erfolg versprechendes Vorgehen soll in dem folgenden Beispiel dargestellt werden. Es handelt sich um einen »Fall«, wie er in fast identischer Art und Wortwahl viele Male im Jahr an mich als ärztlichem Leiter der Klinik herangetragen wurde.

Aus einem Heim der Umgebung wird angerufen und über einen zwölfjährigen Jungen (es handelt sich meist um ein Mädchen oder einen Jungen im Alter zwischen 9 und 13 Jahren) berichtet, der schon seit längerer Zeit immer wieder unerklärliche Erregungsdurchbrüche habe, bei denen er völlig außer Kontrolle gerate, wie besinnungslos um sich schlage

und offensichtlich nicht mehr wisse, was er tue. Am gestrigen Tage sei er dabei sogar mit einem Messer auf eine Erzieherin losgegangen. Man habe mehrere Mitarbeiterinnen benötigt, um den Jungen festzuhalten, zu beruhigen und zu verhindern, dass er andere verletze oder sich selbst Schaden zufüge. Als er sich dann beruhigt habe, habe er angefangen, bitterlich zu weinen, und erklärt, er wisse doch auch nicht, warum er so etwas tue. Ein Anlass für solche Erregungsausbrüche sei oft gar nicht erkennbar, zuweilen derartig nichtig, dass er dieses Verhalten nicht erklären könne. Das sei nichts »Pädagogisches« mehr, das müsse etwas »Psychiatrisches« sein.

In solchen Fällen hat es sich bewährt, nicht die gewünschte sofortige Aufnahme durchzuführen, sondern die Erzieherinnen, möglichst auch die pädagogische Leiterin, das Kind, Mutter und Vater und die zuständige Mitarbeiterin des Jugendamtes zu einem Gespräch einzuladen. In diesem Kreis geht die erste Frage an die Eltern, wie sehr sie mit der Betreuung des Kindes durch die Erzieherinnen zufrieden seien. Das löst typischerweise heftige Vorwürfe aus, die bei entsprechender Nachfrage bei den Erzieherinnen meist mit ebenso heftigen Beschuldigungen der Eltern beantwortet werden. Es zeigt sich ganz offensichtlich: Das Kind ist zwischen Erzieherinnen und Eltern trianguliert und kann es weder den Eltern noch den Erzieherinnen recht machen. Was es auch tut, es ist falsch – eine Konstellation, in der eine ständig ansteigende innere Spannung, die zur Explosion drängt, auf Seiten des Kindes gut nachvollziehbar ist. In diesem Gespräch besteht dann die Möglichkeit, den Eltern – meist nicht zur Begeisterung der Mitarbeiterin des Jugendamtes, die darauf verweist, dass schon genug derartige Versuche gescheitert seien – den Vorschlag zu machen, während eines etwa dreimonatigen Aufenthaltes des Kindes in der Klinik mit ihnen daran zu arbeiten und zu erproben, ob sie in der Lage seien, ihr Kind zu Hause angemessen zu betreuen und zu erziehen. Dieses »Experiment« könne zwei unterschiedliche Ergebnisse zeitigen, die aber beide völlig in Ordnung seien. Würden sie am Ende des Aufenthalts zu der Überzeugung kommen, dass sie ihrem Kind ein gutes erzieherisches Zuhause gewährleisten können, und in der Lage sein, gegebenenfalls bestimmte Nachweise, die das Jugendamt von ihnen fordere, zu erbringen, dann solle das Kind am Ende des Aufenthalts nach Hause zurückkehren. Wenn sie demgegenüber zu der Überzeugung kommen würden, dass sie das nicht schaffen, sollten sie sich verpflichten, ihrem Kind in einer neuen Runde in dieser Zusammensetzung deutlich zu sagen, dass sie aus unterschiedlichsten Gründen mit seiner Betreuung überfordert seien, und die Erzieherinnen dieses oder eines anderen Heimes darum bitten, ihr Kind in enger Zusammenarbeit mit ihnen zu erziehen.

5 Diagnosen

In der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Diagnosen gestellt. Sie sind nützlich im wissenschaftlichen Dialog (man weiß dann, über welche Gruppe von Störungen geredet wird) und dienen im Kontakt mit den Krankenkassen der Finanzierung der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen. In der Begegnung mit dem einzelnen Kind können sie Anregungen zu Fragen geben, stören aber leicht einmal die neugierig forschende Betrachtung der ganz individuellen Verhaltenseigenarten im jeweiligen Kontext (weil man ja eigentlich schon alles weiß). Diagnosen haben noch weitere Vorteile sowie Nachteile und Gefahren, derer man sich bewusst sein muss, wenn man mit ihnen umgeht. Im Zusammenhang mit Kinderschutz sind folgende Gesichtspunkte von Bedeutung.

1.: Diagnosen psychischer Störungen sind Beschreibungen von verschiedenen Symptomen, die gehäuft gemeinsam auftreten und deshalb zu einem Symptomenkomplex zusammengefasst werden (beispielsweise bei ADHS die Symptome Aufmerksamkeitsfluktuation, Bewegungsunruhe, Impulsivität) – nicht mehr und nicht weniger. Diagnosen sagen nichts über die Ätiologie, das heißt die Ursachen dieser Störungen aus. Das war die bedeutende Änderung bei dem Schritt von der ICD-9 zur ICD-10, die im Jahr 2000 in Deutschland eingeführt wurde. (In der ICD-9 gab es beispielsweise noch die Differenzierung zwischen endogener und reaktiver Depression.) Die Autoren der ICD-10 begründeten diesen Verzicht mit der Tatsache, dass über die Verursachung psychischer Störungen außerordentlich wenig Gesichertes bekannt sei.

2.: Da Diagnosen lediglich Beschreibungen von Verhaltensweisen sind, sind sie auch niemals Verursacher des Verhaltens des Kindes (das Verhalten macht das Kind oder der Jugendliche selbst). Diese Idee wird zwar oft sprachlich transportiert (»Marvin hat ein ADHS und verhält sich deshalb so«), ist aber ein logischer Irrtum.

3.: Wissenschaftliche Erkenntnisse aus den letzten Jahrzehnten besagen, dass die Entstehung des Verhaltens von Lebewesen offensichtlich nicht linear-kausalen Gesetzmäßigkeiten, sondern vielmehr nichtlinearen Regeln folgt. Einfach gesagt bedeutet das, dass minimale Unterschiede in den Ausgangsbedingungen zu unterschiedlichen, gegebenenfalls völlig gegensätzlichen Entwicklungen führen können. Im Umkehrschluss heißt das: Es ist prinzipiell unmöglich, im Einzelfall von einem bestimmten Verhalten auf die zu Grunde liegenden ursächlichen Bedingungen zurückzuschließen. Natürlich kann man Hypothesen dazu aufstellen, die manchmal in der Arbeit durchaus hilfreich sind. Da man aber die »Wahrheit« nicht erfassen kann, gilt für diese Hypothesen, was für alle Erklärungsmodelle gilt: Man muss sie über Bord werfen, wenn sie sich in der Arbeit nicht als hilfreich

erweisen, und der Regel von Cecchin folgen, der sagte, man solle mit seinen Hypothesen flirten, sie aber nicht heiraten.

4.: Psychiatrische Diagnosen sagen wenig über die Schwere einer Störung, den Aufwand und die notwendige Dauer einer Behandlung. Anders als in den somatisch-medizinischen Fächern sind sie deshalb auch nicht geeignet, als Grundlage für die Berechnung der Pflegesätze zu dienen. Die Fächer Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik wurden deshalb seinerzeit aus dem allgemeinen System der Finanzierung von Krankenhausbehandlung (DRG-System) herausgenommen.

Psychiatrische Diagnosen sind aus den gleichen Gründen in der Mehrzahl der Fälle auch wenig hilfreich bei der Entscheidung, ob eine stationäre Aufnahme notwendig ist oder ambulante Maßnahmen ausreichen. Eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit ist vielmehr vor allem von der Tragfähigkeit des familiären Systems abhängig (Rotthaus, 1990). Erfahrungen in den skandinavischen Ländern, in denen oft eine stationäre Jugendpsychiatrie in erreichbarer Nähe nicht zur Verfügung steht, haben gezeigt, dass selbst bei akuten psychotischen Störungen auf eine stationäre Aufnahme verzichtet werden kann, wenn man von den Eltern fordert, dass sie sich zumindest drei Wochen von ihrem Arbeitsplatz beurlauben lassen, um die akute Krise aufzufangen, und wenn man dann eng mit der Familie kooperiert (Kjellberg, 2005). Ich persönlich finde diese Vorgehensweise sehr faszinierend. Aber das Angebot des stationären Settings hat zweifellos Vorteile, zumal Eltern häufig bei der Aufnahme derartig erschöpft sind, dass sie zunächst eine Erholungspause benötigen, bevor sie mit vollen Kräften in die Arbeit einsteigen können.

5.: Psychiatrische Diagnosen sind insofern problematisch und durchaus gefährlich, als sie zu einer individuumzentrierten Sichtweise verleiten. Dem wurde zwar in der Kinder- und Jugendpsychiatrie versucht, durch ein Multiaxiales Diagnosesystem entgegenzusteuern, in dem auch Kontextfaktoren erfasst werden. Trotzdem verleitet die Dominanz der Hauptdiagnose dazu, das Problem in dem Kind oder dem Jugendlichen zu verorten. Damit geht die systemische Überzeugung, dass das Problem in den Beziehungen lokalisiert ist, verloren. Das hat dann oft zur Folge, dass sich die für notwendig erachteten Maßnahmen auf den Indexpatienten konzentrieren, statt die gesamte Familie in den Blick zu nehmen und die Lösung von dort aus zu denken.

Insofern unterstützen psychiatrische Diagnosen auch nicht bei der meines Erachtens entscheidenden Frage: Was ist innerhalb des relevanten Beziehungssystems dieses Kindes der gute Grund für sein symptomatisches Verhalten? Natürlich kann man auch individuumzentriert auf das Symptom eines Kindes oder Jugendlichen schauen und daraus wichtige Impulse für sein sozialpädagogisches und / oder therapeutisches Handeln ableiten. Aber als Systemiker bin ich nun mal der Überzeugung, dass es eine ungewöhnlich hilfreiche Idee ist, das

Problem in den Beziehungen zu verorten und nicht in der Person. Es lassen sich dann Vorgehensweisen konzipieren, die mit relativ (!) geringem Aufwand zu relativ (!) guten Ergebnissen führen. Denn jeder Mensch verhält sich auf der Basis seiner genetischen Veranlagung und seiner Lerngeschichte in der aktuellen Situation prinzipiell subjektiv angemessen und »richtig« – auch der Jugendliche, der einen Selbstmordversuch macht, an dem ich ihn nach meinen Kräften zu hindern suche, und auch derjenige, der kriminelle Handlungen begeht.

Zusammenfassend ist meines Erachtens aus den genannten Aspekten abzuleiten, dass Diagnosen in Fällen des Kinderschutzes kaum einen wesentlichen Erkenntnisgewinn darstellen, da sie nichts über die Verursachung aussagen und auch keinen Hinweis auf die Schwere einer Störung geben.

6 Arbeit im Zwangskontext

Ein gut organisierter Zwangskontext kann eine sehr nützliche Voraussetzung für Beratung und Therapie sein. Schließlich erfolgt keine Therapie und keine Prozessberatung, ohne dass der Klient Druck verspüren würde, sei es der Druck der Unzufriedenheit des Klienten selbst mit dem eigenen Verhalten oder den eigenen Stimmungen, sei es der Druck durch Angehörige oder den Arbeitgeber, sei es schließlich der Druck durch ein Jugendamt oder ein Gericht.

Damit aber unter solchen Bedingungen eine gute Arbeit möglich ist, muss der Zwangskontext klar strukturiert sein. Es muss einerseits eine Person geben, die ein bestimmtes Verhalten für nicht mehr tragbar hält und die bereit ist, Verantwortung für Kontrolle zu übernehmen, die konkrete, anschaulich formulierte Ziele benennt und sehr genau angibt, welche Folgen es hat, wenn der Betroffene die Ziele nicht erreicht. Es muss andererseits eine Person geben, die bereit ist, mit dem Betroffenen Beratung oder Therapie zu machen und auszuhalten, dass derjenige ihren Bemühungen zunächst keineswegs begeistert, sondern mit Ablehnung und Misstrauen begegnet. Diese Abwehr des Betroffenen lässt sich meist überwinden, wenn man bestimmte Regeln einhält: Die Ablehnung und das Misstrauen des Betroffenen müssen als gut verständlich akzeptiert und die Bedingungen des Zwangskontextes nicht ohne Empathie für den Betroffenen, aber im Übrigen distanziert und sachlich erörtert werden. Größtmögliche Transparenz ist erforderlich unter den folgenden Fragen: Weiß der Betroffene, wer die Verantwortung für die Kontrolle übernommen hat, was derjenige genau von ihm fordert und welche Konsequenzen es für den Betroffenen hat, wenn er die Auflagen nicht erfüllt. Die Beraterin oder Therapeutin sollte – wenn es denn zutrifft – ihr zustimmendes Verständnis für die Kontrollmaßnahme bekennen, muss aber deutlich machen, dass sie selbst die Verantwortung für eine gute Beratung/Therapie hat, dass die Verantwortung für Kontrolle aber bei der »Kontrollleurin« liegt. Darüber hinaus muss der Betroffene erfahren, welche Informationen die Bera-

terin oder Therapeutin an die »Kontrollleurin« zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form weitergibt und in welchem Umfang ihre Wertungen der gemeinsamen Arbeit und ihrer Ergebnisse die Kontrollleurin beeinflussen werden. Wie gesagt: Unter solchen Bedingungen lässt sich hervorragend Beratung und Therapie machen; das kann je nach den situativen Bedingungen aufsuchend geschehen oder in einer konventionellen Komm-Struktur, eben beispielsweise als ambulante oder stationäre Maßnahme innerhalb des Systems Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Chancen sind gut, dass eine Kundenbeziehung entsteht unter dem Thema: »Helfen Sie mir dabei, das Gericht (oder das Jugendamt) loszuwerden« (Rotthaus, 1986) oder anders formuliert: »Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden« (Conen, 2007).

Nach meiner Erfahrung ist es zuweilen schwierig, in der dargestellten Art und Weise zu arbeiten, weil niemand die Rolle der Kontrollperson übernehmen möchte. Kontrolle steht – möglicherweise noch als Folge des Dritten Reiches und auch der DDR – in unverdient schlechtem Ruf, während die sozialen Vorgänge Beratung und Therapie häufig in nicht unbedingt verdientem Glanz dastehen. Aber meiner Überzeugung nach ließen sich häufig Eingriffe wie der Entzug des Sorge- oder Aufenthaltsbestimmungsrechts für ein Kind vermeiden, wenn in der beschriebenen Art und Weise von in dieser Arbeit hinreichend weitergebildeten Therapeutinnen – gegebenenfalls mit zwei Therapeutinnen in Ko-Arbeit – auf die betroffene Familie zugegangen würde. Lässt sich eine Fremdunterbringung des Kindes im Einzelfall nicht vermeiden, ist mit den Eltern in gleicher Intensität zu arbeiten, um eine baldige Rückführung zu erreichen. Das kostet kurzfristig einiges an Geld, ist aber langfristig sicherlich auch unter finanziellen Gesichtspunkten eine gute Lösung.

7 Selbstkritischer Blick

Bis hierher habe ich dargestellt, wie ich mir den Beitrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Kinderschutz vorstelle, nämlich als Unterstützung der Eltern, mit ihren Kindern (wieder) in einer Art zusammenzuleben, dass die Entwicklung der Tochter oder des Sohnes nach deren Möglichkeiten zufriedenstellend verläuft. Insofern habe ich damals den Grundgedanken des am 1. Januar 1991 in Kraft getretenen Kinder- und Jugendhilfegesetzes lebhaft begrüßt, das den Rechtsanspruch der Eltern und die Hilfe für die Eltern zur Erziehung ihrer Kinder in den Mittelpunkt stellte, und habe dies als Bestätigung unseres Konzeptes kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeitens empfunden. Der damals zuständige Referent im Ministerium, Herr Wiesner, begründete seinerzeit den damals von vielen Fachleuten heftig bekämpften Schwenk von dem Recht des Kindes auf Hilfe hin zu dem Recht der Eltern auf Hilfe zur Erziehung ihres Kindes vornehmlich aus rechtlicher Sicht; wir waren damals unter systemtherapeutischen Blickwinkel zu demselben Ergebnis gekommen. Meine Sichtweise

entspricht sicher nicht derjenigen aller meiner kinder- und jugendpsychiatrischen Kolleginnen und Kollegen. Meine Beschreibung unserer Arbeit mag auch etwas idealistisch klingen. Das habe ich bewusst in Kauf genommen. Denn meiner Überzeugung nach muss man ein klares Soll-Konzept seiner Arbeit haben und vertreten, auch wenn es nicht immer zu realisieren ist.

7.1 Personelle Qualifikation

Die Arbeit in der von mir beschriebenen Form ist zweifellos nicht leicht und verlangt ein hohes Maß an systemtherapeutischer Erfahrung. Das heißt: Ein solches Konzept ist in einer Klinik nur zu verwirklichen, wenn ein großer Stamm an systemtherapeutisch langjährig erfahrenen Mitarbeiterinnen aller Berufsgruppen zur Verfügung steht. Das kann nur gelingen bei einem guten Kooperationsklima, so dass es hinreichend attraktiv ist, in der Klinik zu arbeiten und dort über längere Zeit zu bleiben. Kolleginnen, die frisch vom Studium oder aus anderen Arbeitsfeldern kommen, benötigen eine mehrere Jahre dauernde »Einarbeitungszeit«, in der ihnen die Möglichkeit zu vielen systemtherapeutischen Weiterbildungen vor allem auch außerhalb der Klinik eingeräumt werden muss. Das ist leider in meinem Einflussbereich in der wünschenswerten Form gerade in den letzten Jahren oft an Kostenproblemen gescheitert. Heutzutage scheinen Schwierigkeiten hinzuzutreten, bei der Besetzung der Stellen überhaupt geeignete Mitarbeiterinnen zu finden.

7.2 Qualitätssicherung

Die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist nach meiner Erfahrung der beste, wahrscheinlich sogar der einzige Weg der Qualitätssicherung in allen sprechenden Berufen. Der Versuch, Qualitätssicherung über eine möglichst umfangreiche Dokumentation der Aktivitäten der Mitarbeiterinnen zu erreichen, ist ein Irrweg, der die Ressourcen der Mitarbeiterinnen von ihrer eigentlichen Tätigkeit abhält. Wenn – wie bei uns zuletzt beobachtet – 30 bis 45 % der Arbeitszeit für Dokumentationsaufgaben eingesetzt wird, ist der Widerspruch offensichtlich.

Natürlich ist diese Erkenntnis nicht neu; es ist allerdings erstaunlich, dass die Entwicklung nach meinen Beobachtungen weiterhin in Richtung »noch mehr Dokumentation« geht – sicherlich teils dem unerfüllbaren Bedürfnis nach Sicherheit auf Seiten der Leitung bis hin zum Träger geschuldet. Dollase hat schon 2002 für Erzieherinnen und Lehrerinnen formuliert, was auch im Bereich der im Kinderschutz Tätigen gilt: »Qualitätssicherung nutzt in kommunikativen Bereichen nichts. Aus folgenden Gründen: 1. Das Machen ist schwer, nicht die Formulierung von Standards. 2. Die Evaluation ist unmöglich oder so aufwendig, dass

sie nie genutzt werden kann, um die Arbeit zu verbessern. Mit diesen beiden Argumenten ist sie erledigt« (Dollase, 2010, S. 2). Und weil er so schön eindeutig ist, hier noch ein zweites Zitat aus demselben Beitrag: »Kann man das, was sich angeblich – wie gesagt, Zweifel sind daran mehr als erlaubt – bei der Verpackung von Ölsardinen als erfolgreich erwiesen hat, auch auf Erziehung anwenden? Auf Erziehung, in der es eher auf das Können ankommt, auf die Variationsbreite derjenigen, die die Erziehung durchführen, als auf diese Simpelstruktur von Zielen und der Kontrolle ihrer Einhaltung? Oder die alberne Primitividee ›Management by Zielverpflichtung‹ – ohnehin ein uralter Hut? Der gedankliche Fehler liegt darin, dass man durch die Formulierung von Qualitätsstandards für ein Kunstwerk noch lange nicht malen kann. Nicht die Formulierung von Zielen, deren Verwaltung und Kontrolle ist die Kunst, sondern das tatsächliche Tun. ›Uno actu‹ (in einem erzieherischen Verhaltensakt) entsteht Ziel, Prozess und Evaluation von Erziehung. Im Kopf des erziehenden oder unterrichtenden Menschen. Nur qualifiziertes Personal hilft da weiter« (Dollase, 2010, S. 2).

7.3 Ressourcenorientierung

Eine sehr bedauerliche Entwicklung zeigte sich vor etwa 10 bis 15 Jahren – eine Entwicklung, die sich nach meinen Supervisionserfahrungen in ganz ähnlicher Weise auch in der Jugendhilfe zeigt. Wir hatten in vielen Bereichen der Klinik recht gut erreicht, von der Defizitorientierung weg- und zu einer ressourcenorientierten Sprache im Hinblick auf die Kinder und ihre Eltern hinzukommen. Das führte zu einer entsprechenden Änderung auch bei der Aktenführung – mit dem Ergebnis, dass der Medizinische Dienst bei seinen Einzelüberprüfungen immer häufiger zu dem Ergebnis kam, dass ein weiterer Aufenthalt offensichtlich nicht mehr notwendig sei, und damit die Finanzierung beendete. Das zwang uns zu einer Änderung bei der Aktenführung. Zum einen versuchten wir, in unseren Dokumentationen vermehrt festzuhalten, welche Teilziele das Kind »noch nicht erreicht« habe. Damit wurde zumindest das Prinzip gewahrt, im Sinne von Michael Durrant (2001) einen »Kontext der Kompetenz« zu wahren, das heißt weiterhin die positiv formulierten Aufenthaltsziele im Mittelpunkt unseres Sprechens stehen zu lassen. Der andere Versuch bestand darin zu verdeutlichen, dass man eben zwei Sprachen beherrschen und sprechen müsse, einmal die Sprache des Gesundheitswesens und einmal die Sprache, wie sie sich in der Arbeit mit den Kindern und ihren Familien als nützlich erweist. Letzteres war weniger erfolgreich, weil sich bald zeigte, dass die Inhalte, die dokumentiert wurden, sich auch im täglichen Sprechen immer mehr breit machten.

8 Blick über den Zaun

Bei meinen Blicken aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Jugendhilfe habe ich sehr viel kompetente Arbeit beobachtet. Während meiner Supervisionen in unterschiedlichen Bereichen der Jugendhilfe in den letzten Jahren habe ich voller Hochachtung Jugendhelfemitarbeiterinnen gesehen, die sehr überlegt mit einem guten systemischen Blick auf den Gesamtkontext und gegebenenfalls nach hinreichender Reflexion mit ihren Kolleginnen zum Wohle der Kinder und Jugendlichen gehandelt haben.

Aber natürlich habe ich auch andere Erfahrungen gemacht und mache sie heute noch. Am meisten erzürnt es mich, wenn in einer Familie mehrere Mitarbeiterinnen von unterschiedlichen freien Jugendhelfeträgern mit Leistungsstunden für verschiedene Familienmitglieder beauftragt werden, ohne dass eine Koordination der beteiligten Helfer stattfindet. Dasselbe Geld, ausgegeben für eine systemtherapeutisch gut weitergebildete Beraterin oder Therapeutin, würde mit Sicherheit zu einem wesentlich größeren Erfolg führen. Ich glaube, dass Johannes Herwig-Lempp und Ludger Kühling (2012) mit ihrem so schön formulierten Aufsatztitel »Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie« und auch mit ihren »sieben As«, mit denen sie diese Aussage begründen, etwas Richtiges angesprochen haben. Für die Sozialpädagogin, die in eine »problematische« Familie geschickt wird, ist es oft schwer, den Überblick zu behalten: Ist sie ein freundlicher Gast, der in Gesprächen mit Familienmitgliedern versucht, sich ein Bild von der Familie zu machen? Soll sie erzieherisch arbeiten und die Mutter dabei unterstützen, den Haushalt einigermaßen geregelt zu bekommen? Soll sie der Mutter – und wo bleibt der Vater, wenn es den denn gibt – Ratschläge geben, wie sie erzieherisch geschickter handeln könnte? Soll sie eine Fachberatung durchführen oder vielleicht eine systemische Prozessberatung? Wer ist eigentlich genau ihr Auftraggeber: die Mitarbeiterin des Jugendamtes? Der Chef des freien Jugendhelfeträgers, bei dem sie angestellt ist? Das Kind, von dem berichtet wurde, es verhalte sich auffällig? Die Mutter? Sonstige Familienangehörige? Sie selbst? Nach meiner Erfahrung bedarf es eines sehr gut geschulten systemischen Blickes, um unter solchen Bedingungen gute Arbeit machen zu können.

Aber auch in der Jugendhilfe stehen diese Mitarbeiterinnen nicht ohne Weiteres zur Verfügung. Der Leistungsdruck auf alle ist sehr hoch, Zeit und Geld für ausreichende Schulungen stehen nicht zur Verfügung und die verfügbare Zeit wird für unnütze Dokumentationsaufgaben verplempert. Die Folge ist, dass zu viele teure Fremdplatzierungen von Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden, die zu lange dauern, weil in dieser Zeit nicht intensiv genug mit den Eltern gearbeitet wird. Da den Aufnahmeprozessen in vielen Kinderheimen nach meiner Erfahrung nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt wird, misslingt oft die Zusammenarbeit mit den Eltern, für die dieselben dann auch noch verantwortlich gemacht werden nach dem Motto: »Unsere Kinder haben Eltern, die zu einer Zusammenarbeit gar nicht in der Lage und auch nicht daran interessiert

sind.« Die Mitarbeiterinnen sind mit der Situation nicht glücklich. Aber am meisten leiden die Kinder und Jugendlichen – und natürlich ihre Eltern.

Literatur

- Conen, M.-L., Cecchin, G. (2007). »Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden?« Therapie und Beratung in Zwangskontexten. Heidelberg: Carl Auer
- Dollase, R. (2002). Die Zukunft der Erziehung. Illusionen, Weissagungen und Prognosen. <http://beapankow.files.wordpress.com/2010/12/dollase-das-beste-aus-zukunft-der-erziehung-1.pdf>
- Durrant, M. (2001). Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings. Dortmund: modernes lernen.
- Herwig-Lempp, J., Kühling, L. (2012). Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie. Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, 30 (2), 51–56.
- Kjellberg, E. (2005). Reflektierende Prozesse – ein übergreifender Ansatz in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz. Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, 23 (3), 149–155.
- Rotthaus, W. (1986). Der systemische Berater oder Therapeut im Spannungsfeld zwischen Familie und anderen beratenden Institutionen. In K. Gerlicher, J. Jungmann, J. Schweitzer (Hrsg.), Dissozialität und Familie (S. 11–21). Dortmund: modernes lernen.
- Rotthaus, W. (1990). Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: modernes lernen.
- Rotthaus, W. (2011). Authentische Elternschaft. Von der Idee der Dominanz zur Idee der Selbstverantwortlichkeit. In H. Schindler, W. Loth, J. von Schlippe (Hrsg.), Systemische Horizonte (S. 109–118). Vandenhoeck & Ruprecht.

Korrespondenzadresse: Dr. Wilhelm Rotthaus, Commerstr. 1, 50126 Bergheim; E-Mail: trapmann-rotthaus@t-online.de