

SIMKI e.V.

Sächsisches Institut für methodenübergreifende
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e.V.

Professur Soziale Arbeit



Masterthesis

Zur Erlangung des akademischen Grades ‚Master of Arts‘ im Studiengang
therapeutisch orientierte Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

**Evaluationsstudie zum Potenzial therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus
der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des KJHG am Chemnitzer Modell**

Vorgelegt von: Christin Zobel

Erstleserin: Frau Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitleserin: Frau Dipl.- Psych. Simone Kaspar

Matrikelnummer: 46268

E-Mail: christin-zobel@gmx.de

Studiengang: Therapeutisch orientierte Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

Geburtsdatum: 23.09.1993

Abgabetermin: 04.01.2023

Bibliographische Beschreibung:

Zobel, Christin: Evaluationsstudie zum Potenzial therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des KJHG am Chemnitzer Modell. 89 Seiten, 1 Tabelle, 2 Abbildungen. Anhang mit: 253 Seiten, 12 tabellarischen Kategoriensystemen, 8 Abbildungen mit Interviewleitfäden und Einwilligungserklärung.

Mittweida, Hochschule Mittweida/ University of Applied Sciences, Fakultät Soziale Arbeit, Masterarbeit 2022.

Abstract

Ziel der vorliegenden Masterthesis soll es sein, den Leser über die Möglichkeit der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Zuge des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) zu informieren und Einblicke in die konkrete Ausgestaltung einer solchen KJHG-Therapie zu geben. Aufgrund persönlicher Erfahrungen in den Arbeitsbereichen Kinder-, Jugend- und Familienhilfe sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und dem 2019 in Kraft getretenen, novellierten Psychotherapeutengesetz halte ich es für unabdingbar, auf die Chancen einer multiprofessionellen und netzwerkorientierten, therapeutischen Arbeit hinzuweisen. Eine Verbindung von theoretischem Unterbau im ersten Teil und einer empirischen Studie im zweiten Teil soll dem Leser einen Gesamtüberblick über die Thematik geben. Zunächst erfolgt die Erörterung wichtiger Hintergründe und Begrifflichkeiten sowie rechtlicher Grundlagen zur therapeutischen Versorgung. Es schließt sich eine ausführliche Vorstellung des bereits etablierten, therapeutischen Angebotes des KJF e.V. in Chemnitz im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe an. Im Anschluss wird der Theorieteil mit einer empirischen Studie des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. ergänzt, um dessen Potenziale und Entwicklungsbedarfe zu evaluieren. Die Ergebnisse werden mittels (Experten)Interviews im Feld erhoben und durch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ausgewertet. Im Anschluss folgt eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Ergebnissen, welche die Forschungsfrage nach Potenzial therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen des KJHG für die allgemeine therapeutische Helfelandschaft beantworten soll. Die Inhalte meiner Masterthesis sollen als Grundlage zur Schaffung weiterer netzwerkorientierter und multiprofessionell angelegter therapeutischer Hilfeangebote im Rahmen des KJHG anregen. Ziel therapeutischer Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien muss es sein, diese dabei zu unterstützen, ein weitestgehend selbstbestimmtes, der physischen sowie psychischen Gesundheit zuträgliches und vor allem an deren Lebenswelt orientiertes Leben führen zu können. Diesem Ziel sollte aus fachlicher Sicht durch Nutzung von Wissen aus allen zur Verfügung stehenden, relevanten Professionen entsprochen werden- so auch aus den Sozialberufen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden größtenteils auf eine Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Bezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis:

I Theoretischer Teil

1. Einleitung	04
2. Berufspolitische Entwicklungen im Bereich der Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapieausbildung und Auswirkungen auf die Helfelandschaft	05
3. Die Ausgestaltung verschiedener therapeutischer Hilfeangebote	08
3.1. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Krankenkassenleistung mit Schwerpunkt auf Verhaltenstherapie	08
3.2. Therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII)	10
3.2.1. „Berliner-Modell“ als Vorreiter der KJHG-Therapie	11
3.2.2. Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beiden Systeme	14
3.2.3. Besonderheiten der Heimerziehung und Notwendigkeit multiprofessioneller Ausrichtung	16
3.3. Netzwerkorientierung in der therapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien	18
3.4. Multiprofessionalität	20
4. Vorstellung des „Chemnitzer Modells“ im KJF e.V. in Chemnitz	21
4.1. Leitbild und Leistungsangebot des KJF e.V.	22
4.2. Vorstellung des Heimverbundes	23
4.3. Vorstellung des therapeutischen Angebotes des Heimverbundes	23
4.3.1. Art der Leistung	24
4.3.2. Gesetzliche Grundlage	24
4.3.3. Finanzierung	25
4.3.4. Zielgruppe und Aufnahmeverfahren	25
4.3.5. Therapeutisches Konzept und Methodik	25
4.3.6. Einbeziehung der Eltern/ Personenberechtigten und Familienarbeit	26
4.3.7. Zusammenarbeit mit anderen Institutionen	26
4.3.8. Evaluation und Qualitätssicherung	26

II Empirischer Teil

5. Evaluationsstudie	27
5.1. Aktueller Forschungsstand	27
5.2. Forschungsinteresse und Forschungsfragen	29
5.3. Datenerhebung	31
5.3.1. Teilnehmer und deren Zugang	31
5.3.2. Erhebungsmethode	33
5.3.3. Aufbau und Schwerpunkte des Interviewleitfadens	34
5.3.4. Durchführung	37
5.4. Transkription	37
5.5. Auswertungsmethode	38
5.6. Auswertung und Interpretation	39

5.6.1. Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe _____	40
5.6.2. Die Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk _____	46
5.6.3. Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team _____	52
5.6.4. Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess ____	56
5.6.5. Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure __	62
5.6.6. Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe _____	66
5.6.7. Qualitätssicherung und Evaluation _____	70
5.6.8. Potenziale des therapeutischen Angebotes _____	74
5.6.9. Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie _____	78
6. Zentrale Ergebnisse und Fazit _____	84
7. Quellen- und Literaturverzeichnis _____	87
8. Anhang (CD) _____	90
8.1. Das Kategoriensystem _____	90
8.2. Die Interviewleitfäden _____	336
Eidesstattliche Erklärung _____	342

1. Einleitung

„Die öffentlichen Einrichtungen, die mit stark gefährdeten Familien und Kindern arbeiten, sind überlastet. Seltsamerweise erhielt ich während meiner klinischen Ausbildung zum Kinderpsychiater nur wenig Einführung in Kinderschutzsystem, Sonderpädagogik oder Jugendstrafrecht, trotz der Tatsache, dass mehr als 30 Prozent der Kinder, die in unsere Kliniken kommen, in entsprechenden Einrichtungen waren. Wie diese Dienste, ihre Ausbildungen und ihre Sichtweisen voneinander abgeschottet waren, war niederschmetternd. Und wie ich gerade erkennen musste, sehr zerstörerisch für Kinder (Perry & Szalavitz, 2006, S. 52).“

Ich möchte meine Masterarbeit mit einem mir sehr eindrucksvoll im Gedächtnis gebliebenen Zitat des amerikanischen Psychiaters und Kindertraumatologen Bruce D. Perry aus seinem Buch „Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde“ eröffnen. In seinem Buch beschreibt er seine therapeutische Arbeit mit traumatisierten Kindern und deren Familien und weist auf die Herausforderungen in der Arbeit mit diesen Menschen hin. Perry beeindruckt mit seinem methoden- und professionsübergreifenden Blickwinkel auf seine Patienten und prangert in obenstehendem Zitat den teilweise unzureichenden oder sogar fehlenden Zusammenschluss multiprofessionellen Wissens aus Therapie, Medizin, Pädagogik und Jugendrecht an. Auch wenn sich Perry in seinem Zitat auf das amerikanische Hilfesystem und die amerikanische Ausbildung zum Kinderpsychiater bezieht, sehe ich deutliche Parallelen zum deutschen Versorgungs- und Ausbildungssystem. Diese speisen sich aus persönlichen Erfahrungen im Rahmen meiner pädagogischen Tätigkeit in der Kinder- und Jugendhilfe und psychotherapeutischen Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Unabhängig von Bundesland und Institution kam es während meiner pädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit immer wieder zu ähnlichen Erfahrungen, die Perrys Blick auf eine teils starke Trennung verschiedener Professionen und dem damit verbundenen Wissen bestätigen. Aufgrund der 2019 in Kraft getretenen Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und den damit veränderten Zugangsvoraussetzungen für Sozialpädagogen/ Sozialarbeiter zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung halte ich die Herausarbeitung pädagogischer Potenziale für die Therapie mit jungen Menschen als vor allem gegenwärtig bedeutsam. Eine Implementierung multiprofessioneller Ansätze in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sollte trotz Akademisierung und Vereinheitlichung der Psychotherapieausbildung unbedingt gefördert und beibehalten werden. Die Therapie mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen des SGB VIII soll als Modell für eine gelungene Verknüpfung therapeutischer sowie pädagogischer Arbeit dienen und die allgemeine Wichtigkeit auf Multiprofessionalität im Bereich menschlichen Handelns verdeutlichen.

Mit der Erstellung meiner Masterthesis möchte ich dem Leser die Möglichkeit und Bedeutung therapeutischer Angebote in der Kinder- und Jugendhilfe bildhaft machen und zur Nutzung dieser motivieren. Die Bedeutung des Paragraphen § 27 Abs. (3) Satz 1 SGB VIII ist im Zuge dessen herauszuarbeiten, da er die Grundlage zur Schaffung eines solchen therapeutischen Angebots für Kinder und Jugendliche bildet.

Die Verbindung von Theorie im ersten Teil und empirischer Forschung im zweiten Teil meiner Masterthesis bilden den Nährboden für tiefergehendes Verständnis zur Thematik. Im Anschluss an den Theorieteil mit Erörterungen wichtiger Begrifflichkeiten, rechtlicher und politischer Grundlagen und der Vorstellung des bereits etablierten Therapieangebotes folgt eine empirische Studie des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.. Im Rahmen diverser Leitfadenterviews mit zahlreichen am Hilfeprozess beteiligten Personen sollen dessen Potenziale und Entwicklungsbedarfe evaluiert werden und schließlich in einem strukturierten und kategoriegeleiteten Verfahren gebündelt werden. Die Ergebnisse werden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ausgewertet und interpretiert. Die Forschungsfrage ist dabei leitend. Es soll untersucht werden, worin **das Potenzial therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen des SGB VIII** besteht, wie dieses ausgeschöpft werden kann, und wie sich dieses auf den therapeutischen Prozess auswirkt. Im Speziellen wird untersucht, ob sich beispielsweise eine **erhöhte und flexible Frequentierung der Bezugspersonenarbeit, eine Flexibilisierung der Arbeit mit den Patienten und eine verstärkte Netzwerkarbeit im multiprofessionellen Team** positiv auf den Therapieerfolg auswirken können.

2. Berufspolitische Entwicklungen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung und Auswirkungen auf die Helfelandschaft

Im Folgenden möchte ich die politischen Entwicklungen hin zur Entstehung eines novellierten Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) unter Einbezug der von SIMKI und der Hochschule Mittweida unternommenen Anstrengungen gegen diese Neuerung darstellen. Die veränderten Zugangsvoraussetzungen für Absolventen (sozial)pädagogischer Studiengänge zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung (KJP-Ausbildung) werden meinerseits als negative Entwicklung im Kampf berufspolitischer Interessen gesehen. Noch nicht genau absehbare Folgen könnten eine psychotherapeutische Unterversorgung im Kinder- und Jugendbereich und eine Einschränkung fachlicher Vielfalt sein. Vergangene Diskurse innerhalb psychologischer und ärztlicher Grundberufe beinhalteten immer wieder Zweifel an der Fachkompetenz (sozial)pädagogischer Bachelorzugänge zur KJP-Ausbildung. In der Resolution des 8. Deutschen Psychotherapeutentages am 13. Mai 2006 steht bereits geschrieben, dass die Delegierten der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) einen Master-Abschluss als Zugangsvoraussetzung im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie forderten. Die Psychotherapie für Kinder dürfe keinesfalls als ‚kleine‘ Therapie verstanden werden, welche geringere Anforderungen an die Qualifikation stelle (Vgl. Bundespsychotherapeutenkammer, 2006, S.1). Schaut man sich die Mitglieder des Vorstandes der BPtK an, so fällt auf, dass dieser überwiegend aus Psychologischen Psychotherapeuten, also aus Erwachsenenpsychotherapeuten mit psychologischem Grundstudium besteht. Um eine vielfältige Debattenkultur bei der Vorbereitung richtungsweisender Entscheidungen aufrechtzuerhalten, bedarf es meiner Meinung nach einer ausgeglicheneren Zusammensetzung von Vertretern aus Erwachsenen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Die Einbindung verschiedener professioneller Zugänge aus

Psychologie, Medizin aber auch aus den Sozialberufen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wäre wünschenswert.

Im Sommer 2018 kam es zur „Diskussionsveranstaltung der Hochschule Mittweida und des SIMKI zum vorliegenden Arbeitsentwurf für die Reform des Gesetzes zur Psychotherapeutenausbildung“ (SIMKI, 2018, S.1). Inhalt der Diskussion war es vor allem, auf die negativen Konsequenzen der geplanten Novellierung des PsychThG und die damit verbundenen, erwartbaren Verschlechterungen der ohnehin angespannten, psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hinzuweisen. Denn der Großteil der heutigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werde von Hochschulabsolventen sozialpädagogischer Studiengänge gestellt. Man fordere daher die Beibehaltung der Zugangsberechtigung von Studiengängen Soziale Arbeit/ Sozialpädagogik auf Masterniveau zur KJP-Ausbildung (Vgl. ebd., S.1).

Ein weiterer Schritt zur Beibehaltung der Vielfalt in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapielandschaft schien mit der Stellungnahme des Bundesrates am 12.04.2019 zur Reform der Psychotherapeutenausbildung gelungen. Dieser forderte die Verankerung des Direktstudiums Psychotherapie auch an Hochschulen und nicht nur an Universitäten, d.h. die Beibehaltung des Zugangs von Sozialberufen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Die Bundesregierung lehnte die Forderung des Bundesrats (der Länder) jedoch am 30.04.2019 ab und beschloss am 26.09.2019 die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes, d.h. den Wegfall der Zugangsvoraussetzungen der Sozialberufe zur KJP- Ausbildung. Das neue Gesetz trat schließlich am 08.11.2019 unter Zustimmung des Bundesrates in Kraft. Trotz bis dato fehlender Approbations- und Weiterbildungsordnung sowie ungeklärter Finanzierungsgrundlagen des neu eingerichteten Studiengangs wurde ein Start des Studienangebotes an den Universitäten ab dem Wintersemester 2020 vereinbart (Vgl. SIMKI-Aktuelles, 2019). Die Gesetzesänderung sieht eine Akademisierung der Psychotherapeutenausbildung vor, sodass die bisherige Ausbildung zukünftig von einem Studiengang abgelöst werden soll. Hierzu soll ein 5- jähriges Approbationsstudium der Psychotherapie, bestehend aus einem 3- jährigen Bachelor und einem 2- jährigen Master, an einer Universität erfolgen. Eine Approbation wird nach Abschluss des Masters erworben. Eine sich anschließende 5- jährige Weiterbildung zur Spezialisierung auf mindestens ein Verfahren im Kinder- und Jugendbereich oder Erwachsenenbereich ist fakultativ (Vgl. §1-10 des Gesetzes über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten v. 01. September 2020). Wer sich jedoch bereits näher mit der KJP-Ausbildung befasst hat, der weiß, dass vor allem die praktische, therapeutische Tätigkeit innerhalb der Weiterbildung und Spezialisierung von enormer Wichtigkeit ist zum Heranwachsen der Therapeutenpersönlichkeit und zur Festigung des therapeutischen Wissens und der Methodik.

Kritik an der Gesetzesänderung erfolgte nicht nur durch Simki e.V.- mein Ausbildungsinstitut, welches vor allem mit der Kombination aus Masterstudiengang („Therapeutisch orientierte Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“) und KJP- Ausbildung und seinem methoden-/ verfahrensübergreifenden Ansatz wirbt. Im Vorfeld der Gesetzesänderung erfolgte ebenfalls enorme Kritik durch die psychotherapeutischen Dachverbände, Landesärztekammern (LÄK) und die Bundesärztekammer (BÄK), welche die neue Psychotherapeutenausbildung als

„Mogelpackung“ bezeichnete und weiterhin angab, dass der Gesetzesentwurf des Studiums zum Psychotherapeuten eine verbesserte Ausbildung in diesem wichtigen Versorgungsbereich verfehle. Vielmehr führe die Approbation zum Psychotherapeuten nach Bachelor- und Master zur Verschlechterung der Versorgung psychisch Kranker, da ein Fachkundenachweis im Anschluss an das Studium lediglich fakultativ sei. Eine Übertragung jeglicher Kompetenzen im pharmakologischen Bereich an „Nicht-Ärzte“ lehnte die BÄK dabei ab, da dies auch weiterhin ausschließlich Ärzten vorbehalten sein müsse zur Sicherheit der Patienten (Vgl. aerzteblatt, 2019). Die Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/ Psychodynamische Psychotherapie (DFT) gründete sogar ein Bündnis gegen den durch die Reform entstehenden „psychotherapeutischen inkompetenten halben Psychotherapeuten“ (Vgl. arzteblatt, 2017).

Aus Sicht der angewandten Wissenschaften muss darauf hingewiesen werden, dass sich im Zuge der neuen Reform der Psychotherapieausbildung ein Wegfall professionsübergreifender Einflüsse durch Pädagogik, Sozialpädagogik, Soziale Arbeit und Erziehungswissenschaften auf den psychotherapeutischen Beruf ergibt. Dies führt vor allem in Hinblick auf den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu einem Wegfall bisheriger Methoden- und Wissensvielfalt anderer Professionen. Die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen unterscheidet sich erheblich von der Erwachsenentherapie. Sie erscheint deutlich aufwändiger durch die begleitende therapeutische Arbeit mit dem Bezugsfeld und benötigt ein vielfältiges Repertoire an therapeutischer Sprache und Methodiken, um die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen verschiedenster Entwicklungsstände sicherzustellen. Oft kommt man als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in Kontakt mit Kinder- und Jugendhilfeträgern, da pädagogische Hilfen bereits vor der Therapie bestehen oder therapiebegleitend initiiert werden müssen. Schlussfolgernd kann es also von großem Vorteil sein, auch beim Wissen über die Jugendhilfelandchaft breit aufgestellt zu sein oder Kooperationen mit pädagogischen Institutionen aufzubauen. Es geht also um die Schaffung eines therapeutischen sowie pädagogischen Netzwerkes für Kinder, Jugendliche und deren Familien, bei deren Prozess eine enge Zusammenarbeit verschiedenster Professionen gefragt ist. Im Zuge der neuen Psychotherapieausbildung kommt es meinem Verständnis nach jedoch eher zur Entgrenzung verschiedener Professionen und zum Verlust professionsübergreifenden Wissens.

Die Folgen der Coronapandemie hätten zu einer weiteren Verschlechterung der psychischen Gesundheit und zur Verminderung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland geführt. Eine umfangreiche Studie des Universitätsklinikums in Hamburg-Eppendorf (COPSY-Studie) hat dieses Resümee im Februar 2021 gezogen. Vor allem Sorgen, Ängste, depressive Symptome und psychosomatische Beschwerden hätten zugenommen. Es sei davon auszugehen, dass vor allem Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Verhältnissen und/ oder mit Migrationshintergrund betroffen seien und als sogenannte „Risikofamilie“ im weiteren Verlauf in besonderer Weise in ihrer seelischen Gesunderhaltung unterstützt werden müssten (Vgl. UKE Hamburg, 2021). Im März 2021 gelang es meinem Ausbildungsinstitut SIMKI e.V. auf Grundlage neuester Forschungen zur Verschlechterung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und im Zuge des Bevölkerungsschutzgesetzes zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung von

Kindern und Jugendlichen während der Coronapandemie eine Verlängerung der Zugangsvoraussetzungen für Sozialpädagogen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutenausbildung zu erwirken.

3. Die Ausgestaltung verschiedener therapeutischer Hilfesysteme

In diesem Kapitel soll zum Thema therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Zuge des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) hingeführt werden. In diesem Kontext soll ein Grundverständnis über bedeutsame Begriffe und rechtliche Voraussetzungen der allgemeinen Helfelandschaft geschaffen werden. Es soll geklärt werden, was die jeweiligen Systeme von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Krankenkassenleistung und therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen als Leistung des SGB VIII ausmacht. Dieses Verständnis ist nötig, um Unterschiede der beiden Leistungen kennenzulernen und das Potenzial der KJHG-Therapie im Zuge dieser Arbeit herauszustellen. Zur Ergänzung des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. soll das Berliner Modell als weiteres Angebot der KJHG-Therapie herangezogen und vorgestellt werden. In diesem Zuge soll darauf hingewiesen werden, dass es **nicht** Ziel dieser Masterthesis ist, die KJHG- Therapie zu absolutieren und als einzig wirksames System herauszustellen. Ein dem wissenschaftlichen Diskurs entsprechendes Lernen beider Systeme voneinander, das bedeutet eine Kopplung des Gesundheitssystems mit dem Jugendhilfesystem wäre wünschenswert.

3.1. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Krankenkassenleistung mit Schwerpunkt auf Verhaltenstherapie

Rechtliche Grundlagen der allgemeinen psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen werden im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) der Bundesregierung Deutschland geregelt. Das psychotherapeutische Versorgungssystem des SGB V bleibt dabei weitestgehend von der im SGB VIII geregelten therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgetrennt.

Um die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Krankenkassenleistung zu verstehen, möchte ich zunächst auf die gesetzlichen Grundlagen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) eingehen, welche die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung regeln. Das deutsche Gesundheitssystem sieht eine grundlegende Trennung zwischen der Behandlung Erwachsener durch Psychologische Psychotherapeuten und der Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum 21. Lebensjahr durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und ihrer Arbeitsweise. Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten erfordert demnach ein Diplom oder einen Master im Studienfach Psychologie (Vgl. §5 Abs. 3 Satz 1a-c des PsychThG i.d.F.v. 16. Februar 1998). Ein Zugang zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist hingegen durch ein breiteres Spektrum an Abschlüssen möglich. Hierzu zählen ein Diplom oder Master im Studienfach Psychologie oder ein Diplom bzw. Bachelor in Pädagogik/ Sozialpädagogik/ Sozialer Arbeit oder Erziehungswissenschaft

(Vgl. §5 Abs. 2 Satz 2a-d des PsychThG i.d.F.v. 16. Februar 1998). In der Realität ist es dem jeweiligen Institut jedoch individuell vorbehalten, einen Masterabschluss als Zugangsvoraussetzung zu fordern. Das im Vorigen zitierte Psychotherapeutengesetz galt bis zur Verabschiedung des novellierten Psychotherapeutengesetzes am 8.11.2019 durch den Bundestag und Bundesrat. Näheres dazu steht im Kapitel 2. geschrieben.

Die Arbeitsfelder für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind vielschichtig und reichen von der Niederlassung in eigener Praxis, der Tätigkeit im angestellten Verhältnis in einer Praxis oder psychiatrischen Klinik bis hin zur Arbeit in Sozialpädiatrischen Zentren oder selten auch zur Arbeit in Beratungsstellen. Mit der Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut wird die Berechtigung erworben, psychotherapeutisch tätig zu werden und entsprechend des eigenen Richtlinienverfahrens zu behandeln und abzurechnen. Um eine Niederlassung in eigener Praxis im Rahmen der Gesetzlichen Krankenkassenversicherung (GKV) kann sich nach Erhalt der Approbation bei allen Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland beworben werden. Die Anzahl der Kassensitze und Niederlassungen ist jedoch stark limitiert und entspricht Mutmaßungen zufolge vor allem in Ballungsgebieten (städtischen Regionen) nicht mehr dem tatsächlichen Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung (Vgl. Uniklinik Köln, 2022). Die Folgen der Coronapandemie haben diese Schieflage eher noch verschärft. Infolge dessen kommt es derzeit vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutischen Behandlung in Praxen oder Kliniken zu langen Wartezeiten. Dies ist insbesondere für Kinder und Jugendliche als tragisch zu erachten, da die Entwicklung junger Menschen schnell voranschreitet und „Entwicklungskorridore“ beim Ausbleiben der nötigen Hilfe nicht genutzt werden können.

Die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie sieht einen festen Ablaufplan vor, der sich in verschiedene Therapiephasen einteilen lässt. Dieser Ablauf ist als Leitlinie zu verstehen, deren Phasenablauf in natürlicher Weise und nicht in trennscharfen Einheiten erfolgt. Die vom Psychotherapeuten erbrachten Leistungen werden über einen sogenannten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bei der jeweiligen Krankenkasse abgerechnet. Jeder therapeutischen Leistung ist eine entsprechende EBM-Nummer zugeordnet. Zu Beginn der Behandlung sind 10 Sprechstunden à 25 Minuten vorgesehen (EBM-Nummer: 35151), welche der Feststellung oder dem Ausschluss einer behandlungswürdigen Störung dienen und den weiteren Bedarf einer psychotherapeutischen Behandlung abklären. Es erfolgt eine erste Anbahnung einer Arbeitsbeziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten. Es folgen mindestens zwei bis maximal sechs probatorische Sitzungen à 50 Minuten im Kinder- und Jugendbereich (EBM-Nummer: 35150), welche auch als „Probesitzungen“ bezeichnet werden. In diesen kann eine Passung zwischen Pat. und Therapeuten abgestimmt werden, da die Arbeitsbeziehung als wichtiger Wirkfaktor in der folgenden Therapie gilt. Die benötigte Zeit zum Beziehungsaufbau ist dabei sehr unterschiedlich. Durch den Therapeuten wird in dieser Phase vor allem der Aufbau einer Änderungsmotivation beim Patienten und dessen Bezugspersonen (v.a. Eltern) angestrebt. Zudem findet eine Eingangsdiagnostik zum gemeinsamen Entwurf eines auf den Patienten und dessen Störung abgestimmten, spezifischen Behandlungsplanes statt. Dessen Ziele sind dabei von entscheidender Bedeutung und stellen nebst Therapiezielen der Bezugspersonen das Hauptkriterium der

therapeutischen Zielklärung dar. Der Ausschluss körperlicher Ursachen für die Störung erfolgt anhand einer durch den Kinderarzt durchgeführten Kontrolle und Festhaltung der Ergebnisse in einem Konsiliarbericht, welcher an den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zurückgeht. Erst im Folgenden werden je nach Ausmaß der Störung und entsprechend des Richtlinienverfahrens eine Kurzzeittherapie I und II mit jeweils 12 Stunden für den Patienten und 3 Stunden für die Bezugspersonenarbeit (also insgesamt 24 Stunden für den Patienten und 6 Stunden für die Bezugspersonen) oder eine Langzeittherapie mit insgesamt 60 Stunden für den Patienten und max. 15 Stunden für die Bezugspersonen bei der jeweiligen Krankenkasse des Patienten beantragt. Diese dienen der Planung und Durchführung spezifischer, therapeutischer Interventionen (Vgl. Borg Laufs & Döpfner, 2020, S 25 ff.).

Die Termine finden im Rahmen einer Verhaltenstherapie einmal pro Woche mit à 50min statt. Zusätzlich kann eine Bezugspersonenstunde terminiert werden. Das beschriebene Stundenkontingent gilt im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie und muss nicht zwingend ausgeschöpft werden. Eine Erhöhung des Stundenkontingents für den Patienten und/oder die Bezugspersonenarbeit kann zwar mit guter Begründung durch den Therapeuten beantragt werden bei der Krankenkasse oder über ein gutachterliches Verfahren, gestaltet sich jedoch in der Beantragungspraxis bei den Krankenkassen als sehr schwierig und wenig flexibel. Vor allem bei der Arbeit mit schwer zugänglichen Kindern und Jugendlichen aus sozialschwächeren Milieus kann dies zu einem Problem führen, da sich in der Praxis gezeigt hat, dass hier ein höherer Bedarf an Bezugspersonenarbeit bestehen kann. Voraussetzung für eine ambulante Psychotherapie ist es zudem, dass es das Kind oder der Jugendliche schafft, verlässlich zu den wöchentlichen Terminen in die Praxis zu kommen. Manchmal gelingt dies auch Kindern und Jugendlichen aus sozial schwachen Milieus dank guter Therapiemotivation oder Unterstützung des Umfeldes, insbesondere durch Eltern, Familienhelfer, Erziehungsbeistände oder gar Betreuer aus Wohngruppen. Doch wie bereits angedeutet, können sich hier die Grenzen der ambulanten und kassenärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zeigen. Im Folgenden sollen deshalb weitere Therapiemöglichkeiten für Kinder, Jugendliche und deren Familien aufgezeigt werden, welche sich in ihrer Praxis bereits als hilfreich und produktiv herausgestellt haben.

In einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind die Stundenkontingente für eine KZT I und II identisch mit denen der Verhaltenstherapie. Lediglich die Stundenkontingente einer LZT im Erstantrag unterscheiden sich von denen einer Verhaltenstherapie mit i.d.R. 70 Stunden für Kinder (+18 Bezugspersonenstunden) und 90 Stunden für Jugendliche (+23 Bezugspersonenstunden).

3.2. Therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII)

Von der Möglichkeit der therapeutischen Arbeit im Rahmen des SGB VIII wird aufgrund umschriebener therapeutischer Leistungen im § 27 Abs. (3) Satz 1 SGB VIII ausgegangen. Dieser Absatz besagt: „Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener **therapeutischer Leistungen**.“.

Anlass meiner Auseinandersetzung mit dem Thema ist mein Interesse für die Nutzung multiprofessioneller Ansätze in der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen im Sinne einer konstruktiven Netzwerkarbeit. Positive Erfahrungen zur Wirksamkeit netzwerk- und ressourcenorientierter Arbeit in der ambulanten sowie stationären Kinder- und Jugendhilfe sollen unter Berücksichtigung multiperspektivischer Ansätze für die therapeutische Arbeit nutzbar gemacht werden, sodass das Potenzial methodenübergreifender Arbeit ausgeschöpft werden kann. Erfahrungen aus meinem ambulanten Praktikum in einer Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Köln, meinem klinischen Praktikum im Universitätsklinikum Dresden und meinen Behandlungsstunden in einer ambulanten Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Hamburg bestätigten meine Annahme begrenzter Möglichkeiten in der Arbeit mit Bezugspersonen. Diese ergeben sich infolge struktureller Begrenzungen des Therapieprozesses durch die Krankenkassen. Dies wirkt sich aus meiner Sicht negativ auf den laufenden Therapieprozess aus, begrenzt ihn und gestaltet ihn zeitweise unflexibel. Das psychotherapeutische Angebot im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes soll dieser Dynamik entgegenwirken und einen flexiblen und bedürfnisorientierten Hilfeverlauf mit dem jungen Menschen und dessen Bezugssystem ermöglichen. Eine Bedürfnisorientierung im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe mit Unterstützung therapeutischer Angebote sollte eigener Auffassung nach Vorrang vor finanziellen Interessen haben. Aktuell lassen sich jedoch mit Ausnahme des „Berliner Modells“ nur wenige therapeutische Angebote im Rahmen des KJHG ausfindig machen, sodass der Eindruck einer gegenwärtig noch ausgeprägten Trennung des Gesundheits- und Jugendhilfesystems entsteht.

3.2.1. „Berliner-Modell“ als Vorreiter der KJHG-Therapie

Unter der Rahmenleistungsbeschreibung (02/ 2018) zu den ambulanten therapeutischen Leistungen nach SGB VIII lassen sich im Berliner Rahmenvertrag für Hilfen in Einrichtungen und durch Dienste der Kinder- und Jugendhilfe (BRVJug) vier Leistungstypen definieren. Unter anderem finden sich hier die ambulante Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung im Kontext pädagogischer Ziele und Leistungen (§27 SGB VIII) sowie die ambulante Psychotherapie als Bestandteil der Eingliederungshilfe (§35a SGB VIII) wieder. Diese ermöglichen Psychotherapeuten im Berliner Raum eine methoden- und professionsübergreifende Arbeit im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und führen zur Erweiterung der Helfelandschaft. Auf die integrative Lerntherapie als Eingliederungshilfe (§35a SGB VIII) und die ambulante Familientherapie als Hilfe zur Erziehung im Kontext pädagogischer Ziele und Leistungen (§27 SGB VIII) wird im Rahmen dieses Kapitels nicht näher eingegangen.

Im Handbuch zur Psychotherapie in der Jugendhilfe, welches 2019 veröffentlicht wurde, stellt der deutsche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Ronald. G. M. Schmidt die seit 2001 in Berlin entwickelten Bemühungen und Grundzüge der KJHG-Therapie dar. Als Ziel einer Implementierung der KJHG-Therapie in die allgemeine Helfelandschaft benennt er vor allem die Überwindung von Parallelstrukturen von Gesundheits- und Jugendhilfesystem zum Wohle bedürftiger Familien (Vgl. Schmidt, 2019, S.6). Als Grundlage zur Umsetzung therapeutischer Angebote in der Kinder- und Jugendhilfe sieht er dabei den

multiprofessionellen Diskurs auf Augenhöhe, welcher bereit sein muss, auf die Herausstellung und Hoheitsdeutung einer Profession zu verzichten (Vgl. ebd., S.8). Die Indikation einer KJHG-Therapie beschreibt er in seinem Handbuch anhand einer Fallvignette eines verhaltensauffälligen Jungen dabei so:

„Obwohl Sie für eine klassische `Richtlinientherapie` keine Chance sehen, finden Sie ein rein sozialpädagogisches Herangehen nicht ausreichend, sondern psychotherapeutische Kompetenz erforderlich. Sie denken an eine intensive therapeutisch orientierte Arbeit mit den Eltern und dem Bezugsumfeld, die die sozialen Ursachen der Auffälligkeiten beseitigt und dennoch eine Psychotherapie des Jungen mit einschließt. (ebd., S. 9).“

In dieser Indikationsbeschreibung macht Schmidt auf die komplexen pädagogischen sowie psychotherapeutischen Hilfebedarfe von Kindern, Jugendlichen und deren Familien aus der Jugendhilfe aufmerksam. Er deutet die Hemmnisse zur Anbindung der Kinder und Jugendlichen an eine kassenärztlich finanzierte Psychotherapie im Rahmen des SGB V an. Als ein besonderes Merkmal der psychotherapeutischen Behandlung der Kinder und Jugendlichen im Rahmen des KJHG stellt er dabei den intensiven Einbezug der Eltern und weiterer Bezugspersonen (BZP) dar. Dieser fußt auf der Annahme, dass das familiäre und soziale Umfeld des jungen Menschen erst dazu befähigt werden müsse, gesunde und altersentsprechende Entwicklungsbedingungen aufzubauen mit Hilfe eines intensiven Beratungsangebotes durch den Therapeuten. Die Eltern- und Bezugspersonenberatung erhält in diesem Zusammenhang einen besonderen Stellenwert, welcher in der Richtlinienpsychotherapie nicht vorgesehen ist. In einer Richtlinienpsychotherapie für Kinder und Jugendliche werde von einem grundlegend unterstützenden, lernfähigen und in seiner erzieherischen Fähigkeit intakten Familien- oder Bezugssystem ausgegangen (Vgl. ebd., S.18 f.).

In seinem Handbuch beschreibt Schmidt zudem die rechtliche Grundlage der Psychotherapie über das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG), welche im §27 Absatz 3 begründet liegt. Dieser Absatz gibt an: „Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundene therapeutische Leistungen.“. Im Ausführungsgesetz des Landes Berlin wird zudem präzisiert „Therapeutische Leistungen umfassen sowohl psychotherapeutische als auch andere therapeutische Leistungen nach wissenschaftlich anerkannten Methoden und werden von Personen durchgeführt, die über die erforderliche therapeutische Qualifikation verfügen müssen.“ (Sechster Abschnitt, §25, Absatz 7). In den Ausführungsgesetzen der jeweiligen Länder werden die Träger der öffentlichen Jugendhilfe bestimmt. In einem Vergleich zum Landesjugendhilfegesetz in Sachsen wird deutlich, dass dieses keine therapeutischen Leistungen innerhalb der Jugendhilfe näher beschreibt oder gar auflistet. Ein Vergleich zum Landesjugendhilfegesetz des Landes Sachsen wird an dieser Stelle beispielhaft herausgestellt, da die Evaluation eines in Sachsen ansässigen, therapeutischen Angebotes im zweiten Teil der Masterthesis erfolgt. Dieses kann auf Grundlage einer mit dem Jugendamt verhandelten, pauschalen Finanzierung stattfinden trotz unzureichender rechtlicher Grundbedingungen im Landesjugendhilfegesetz des Landes Sachsen.

Ein besonderes Augenmerk richtet Schmidt in seinem Handbuch besonders auf die beiden Leistungstypen „Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung“ (§27 SGB VIII) und „Psychotherapie

als Eingliederungshilfe“ (§35a SGB VIII), welche im Berliner Rahmenvertrag festgeschrieben sind. Der Berliner Rahmenvertrag wird durch die „Vertragskommission Jugend“ in Berlin stetig weiterentwickelt, welche sich aus Vertretern der Wohlfahrtsverbände, einem Mitglied eines privaten Kinder- und Jugendhilfeträgers, fünf Bezirksvertretungen als Träger der öffentlichen Jugendhilfe und Mitgliedern der zuständigen Senatsverwaltung und Senatsverwaltung für Finanzen zusammensetzt (Vgl. BRVJug, 2022). Hinsichtlich dieser breit aufgestellten Arbeitsgruppe aus verschiedensten Vertretern kann von einer multiperspektivischen Draufschau auf wichtige Entwicklungen in der Kinder- und Jugendhilfe in Berlin ausgegangen werden. Derartige Weiterentwicklungsbemühungen im Bereich der Kinder und Jugendhilfe, insbesondere in der Weiterentwicklung therapeutischer Leistungen, wäre auch für andere Länder wünschenswert.

Eine Indikation zur „Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung“ (§27 SGB VIII) wird im Handbuch mit dem Vorliegen einer seelischen Störung des jungen Menschen im Kontext ungünstiger Sozialisationsbedingungen und unzureichenden erzieherischen Fähigkeiten der Eltern bzw. Bezugspersonen beschrieben. Es entsteht ein erzieherischer Bedarf, welcher allein mit den Ressourcen des familiären Bezugssystems nicht gedeckt werden kann und Psychotherapie als geeignetes Mittel von Hilfe zur Erziehung anerkennt. In Abgrenzung dazu ist „Psychotherapie als Eingliederungshilfe“ (§35a SGB VIII) mit dem Vorliegen einer seelischen Behinderung indiziert, welches die Teilhabe des jungen Menschen am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Beide Hilfeformen sind abhängig vom Alter des jungen Menschen auf den engen Einbezug und die Beratung des Bezugsumfeldes ausgerichtet. Unterschiede ergeben sich jedoch hinsichtlich der Begrifflichkeiten zwischen „seelischer Störung“ (§27 SGB VIII) und „seelischer Behinderung“ (VIII) und deren Anspruchsberechtigung. So wird angegeben, dass Eltern im Zuge des §27 SGB VIII als anspruchsberechtigt gelten. Im Gegensatz dazu wird die Psychotherapie nach §35a SGB VIII als Rehabilitationsmaßnahme gesehen, welche den jungen Menschen selbst als anspruchsberechtigt sieht. Die Einstufung der jeweiligen therapeutischen Leistung in den einen oder anderen Leistungstypen erfolgt laut Kritik Schmidts derzeit noch zu willkürlich, sodass dieser sich im Rahmen einer Reform des SGB VIII eine Besserung und konkrete Handlungsrichtlinie zur Einstufung wünscht. In den allgemeinen Behandlungszielen der KJHG-Therapie werden vor allem der Abbau der Krankheitssymptomatik des jungen Menschen sowie die Verbesserung der Entwicklungsbedingungen und Teilhabefähigkeiten festgeschrieben. Die angestrebten Leistungen der KJHG-Therapie sieht Schmidt dabei unter anderem in der psychotherapeutischen Behandlung der Symptomatiken des jungen Menschen (z.B. Verhaltens-/ Erlebens- und Entwicklungsstörungen) und der Verbesserung dessen Beziehungs- und Konfliktbewältigungsmuster. Der Einbezug der Eltern und des sozialen Umfeldes im Sinner einer psychologischen Beratung wird als grundlegende Leistung der KJHG-Therapie formuliert. Das inkludiert die Netzwerkarbeit mit den Erziehungsberechtigten, Schulen, dem Hort, der Kita, dem Jugendamt und anderen fachdiagnostischen Stellen (z.B. Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychiater). Die Teilnahme des Psychotherapeuten an Hilfekonferenzen gilt dabei als wichtiges Leistungskriterium. Die Fertigung eines Therapie- und Kostenplanes auf Grundlage der Ergebnisse aus den probatorischen Sitzungen und die Erstellung von Zwischen- und

Abschlussberichten wird zur Qualitätssicherung des Therapieprozesses vorausgesetzt. (Vgl. Schmidt, 2019, S. 21 ff.)

Wie im Vorigen deutlich gemacht, ist das Berliner Modell der KJHG-Therapie als ein umfassendes und aufwändiges Hilfeverfahren zu betrachten, welches besondere Anforderungen an die (psycho-)therapeutische Fachkraft stellt. Besondere Anforderungen an die Arbeit der Fachkraft ergeben sich aus den komplexen Hilfebedarfen der jungen Menschen und deren Bezugssysteme, aus der unabdingbaren Verbindung pädagogischer wie therapeutischer Interventionsstrategien und aus der Kooperationsbereitschaft des Therapeuten zur Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften im psychosozialen Hilfesystem. Die Herausforderung für den (Psycho-)Therapeuten ist insbesondere in dessen Rollenverständnis zu sehen, da er eine gute Abstimmung zwischen ausreichend distanzierter und doch ins Hilfesgeschehen involvierter Perspektive entwickeln muss. Das bedeutet, dass eine fachliche Draufschau auf das Hilfesgeschehen beibehalten und Verstrickungen ins Fallgeschehen vermieden werden müssen. Als qualitätssichernden und unterstützenden Bestandteil wird der Therapeut dabei zur Inanspruchnahme regelmäßiger Supervisionen oder Intervisionen angehalten. Es wurde ein Fortbildungscurriculum für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entwickelt, welches auf die Anforderungen und speziellen Bedarfe therapeutischer Arbeit im Rahmen des KJHG vorbereiten soll. Einige Module beschäftigen sich beispielsweise gesondert mit den Themen, welche in der Ausbildung zur Richtlinienpsychotherapeutin nicht oder nur unzureichend gelehrt werden. Dazu zählen Themen wie: Kindeswohlgefährdung, Arbeit mit Multiproblemfamilien und Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund. (Vgl. ebd., S.25 ff.)

Ähnlich wie die Evaluation des Chemnitzer Therapieangebotes im Rahmen des KJHG im zweiten Teil meiner Masterarbeit wurde auch das Berliner Modell der KJHG-Therapie nach dessen Wirksamkeit evaluiert. Die Ergebnisse ließen aufstauen und ergaben, dass die „therapeutischen Jugendhilfen“ eine im Gegensatz zu den anderen Jugendhilfemaßnahmen preisgünstige Hilfe darstellen. Diese verlaufe meist äußerst stabil und erziele positive Effekte. Das bedeutet, dass psychische Stabilisierungen der jungen Menschen erreicht werden und eine individuelle und familienbezogene Verbesserung im Bereich der Teilhabechancen und Kompetenzen mit sich bringen konnten. Im Gegensatz zu anderen sozialpädagogischen Hilfen wurden im Nachgang der KJHG-Therapien weniger Anschlusshilfen nötig. Dies legt den Schluss nahe, dass KJHG-Therapien ihre unbedingte Daseinsberechtigung als effektive und nachhaltige Hilfeleistungen in der Kinder- und Jugendhilfe haben sollten (Vgl. ebd., S.24 f.).

3.2.2. Unterschiede der beiden Systeme

Die vorangegangenen Ausführungen aus dem Kapitel 3.2.1. sollen im Folgenden um einen schematischen Vergleich der beiden psychotherapeutischen Versorgungssysteme im Kinder- und Jugendbereich ergänzt werden. Dieser Vergleichsversuch wird unternommen, um nochmals die aus der Theorie beider Systeme gewonnenen Inhalte überblickhaft herauszuarbeiten. Hierzu wird eine stichpunktartige, tabellarische Darstellung herangezogen, welche sich größtenteils auf Informationen aus dem Handbuch zur

„Psychotherapie in der Jugendhilfe“ (Vgl. Schmidt, 2019, S 18-19) bezieht und Grundzüge aus dem Psychotherapeutengesetz inkludiert. Es sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden psychotherapeutischen Versorgungssysteme dargestellt werden. Der Vergleich der beiden Systeme soll anhand verschiedener Kriterien wie Indikation, Behandlungsziel und Zielgruppe erfolgen. Im empirischen Teil der Arbeit soll im **Kapitel 5.6.9.** ein tiefergehender Vergleich zwischen der Kassentherapie als Krankenkassenleistung und dem therapeutischen Angebot des KJF e.V. als Jugendhilfeleistung erfolgen hinsichtlich weiterer Kriterien wie Therapiemotivation, Finanzierungsgrundlage oder Bezugspersonenarbeit.

Kriterium	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Krankenkassenleistung nach dem SGB V	Psychotherapie in der Jugendhilfe nach dem SGB VIII
Indikation	<ul style="list-style-type: none"> • Vorliegen einer seelischen Störung des Kapitel F des ICD-10 beim jungen Menschen • Fokus auf Behandlung des erkrankten, jungen Menschen und nicht des Interaktionsgefüges Familie • Familiensystem und BZP gelten in erzieherischer Fähigkeit als intakt und nicht behandlungswürdig 	<p><i>§ 27 SGB VIII:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegen einer seelischen Störung im Kontext erzieherischer Defizite bzw. elterlicher Überforderung • Persönlichkeitsentwicklung des jungen Menschen gilt als gefährdet • Psychologische/therapeutische Beratungsarbeit mit BZP ist indiziert zur Behandlung des jungen Menschen <p><i>§ 35 a SGB VIII:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegen einer seelischen oder drohenden seelischen Behinderung des jungen Menschen • Einbezug und psychologische/therapeutische Beratung des Umfeldes ist indiziert
Behandlungsziele	<ul style="list-style-type: none"> • Konzentration auf Heilbehandlung der Krankheitssymptomatik des jungen Menschen • Abbau der Krankheitssymptomatik ohne weitere Berücksichtigung des sozialen Umfeldes • Keine Erziehungsberatung des 	<ul style="list-style-type: none"> • Abbau der psychischen Störung oder Behinderung des jungen Menschen • Befähigung des Umfeldes, für gesunde und altersentsprechende Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen zu sorgen

	Umfeldes, da dieses als unterstützend und lernfähig gilt	
Zielgruppe	Nutzung der Therapie für alle Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21.LJ. mit entsprechender Therapieindikation.	Nutzung für Kinder, Jugendliche und deren Familien in ambulanten oder stationären Jugendhilfemaßnahmen.

3.2.3. Besonderheiten der Heimerziehung und Notwendigkeit multiprofessioneller Ausrichtung

Die Heimerziehung wird im achten Sozialgesetzbuch geregelt und stellt eine Hilfe zur Erziehung dar (Vgl. § 34 SGB VIII). Diese wird nötig, wenn grundlegende und altersentsprechende Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen nicht mehr gewährleistet werden können in der Herkunftsfamilie. Oft sind es prekäre Lebenslagen mit komplexen Beziehungskonstellationen, aus welchen die Kinder und Jugendlichen stammen. Die Herausnahme der jungen Menschen aus dem Elternhaus und Überführung in ein stationäres Angebot der Jugendhilfe erfolgt durch das Jugendamt. Zugrundeliegende Ursachen für die Fremdunterbringung sind dabei vielseitig und gehen meist mit stark eingeschränkten erzieherischen, gesundheitlichen und sozialen Kompetenzen der Eltern einher. Die Herausnahme der Kinder und Jugendlichen beruht dabei auf Einverständnis der Eltern oder wird im Falle kindeswohlgefährdender Aspekte auch mit richterlichem Beschluss und gegen den Willen der Eltern durchgesetzt. Die Heimunterbringung im Zwangskontext kann dabei als sehr ungünstiger Einflussfaktor auf die Entwicklung des jungen Menschen in der stationären Einrichtung begriffen werden. Denn dem jungen Menschen wird es je nach Alter sowie kognitiver und emotionaler Reife schwerfallen, die „Entscheidungsambivalenz“ zwischen Loyalität zur Familie oder Entwicklung in der Wohngruppe aufzulösen. Mit dem von mir gewählten Begriff der „Entscheidungsambivalenz“ ist dabei ein sich mit hoher Wahrscheinlichkeit ergebender innerer Konflikt des jungen Menschen gemeint, welcher aus Sicht des Kindes oder Jugendlichen in etwa so ausgedrückt werden könnte: „Darf ich mir die Chance auf Ankommen und Entwicklung in der Wohngruppe überhaupt geben, wenn meine Eltern nicht damit einverstanden sind, dass ich hier bin?“. Hinzu können zudem Anforderungen zur Überwindung von Stigmatisierungen (z.B. innerhalb der Peer-Group) bezüglich einer Heimunterbringung kommen. Die Zustimmung der Eltern zur Fremdunterbringung des jungen Menschen kann sich dementsprechend als Erfolgsfaktor für eine positive Entwicklung des jungen Menschen zeigen. Dieser Aspekt macht deutlich, wie wichtig der Einbezug der Eltern in den Hilfeprozess ist, egal ob im ambulanten oder stationären Setting. Mit einer wertschätzenden und intensiven Elternarbeit können Schuld- und Schamgefühle der Eltern wegen des vermeintlichen „Elternversagens“ bewusst gemacht und aufgearbeitet werden. Dies fördert die Mitwirkungsbereitschaft der Eltern am Hilfe- und Entwicklungsprozess des eigenen Kindes und lässt bestenfalls die gemeinsame Erarbeitung von geeigneten Lebensbedingungen als Grundlage zur Rückführung ins Elternhaus zu. Einer Entwicklung von Konkurrenzgefühlen der Eltern gegenüber den pädagogischen Fachkräften

als sogenannte „bessere Eltern“ oder Erziehungspersonen wird entgegengewirkt. Der Einbezug der Eltern erfolgt mittels informeller oder planmäßiger Kontakte zwischen (pädagogischen & therapeutischen) Fachkräften, den Eltern und jungen Menschen. Kann eine Erreichbarkeit der Eltern nicht gewährleistet werden wegen Gefängnis- und Klinikaufenthalten, dem Tod des Elternteils oder einer Kontaktverweigerung zum Kind, so kann explizit das therapeutische Setting zur biografischen Arbeit und Verarbeitung erlebter Beziehungskonstellationen hilfreich sein. Der Therapeut kann bei Kooperationsschwierigkeiten zwischen pädagogischen Fachkräften der stationären Einrichtung und den Eltern außerdem eine vermittelnde Rolle einnehmen, sodass der Einbezug der Eltern konstruktiv weiterverfolgt werden kann zum Wohle des Kindes oder Jugendlichen. (Vgl. Schumacher, 2016, S. 13 ff.)

Auch hinsichtlich der immer weiter steigenden fachlichen Anforderungen an pädagogisches Personal im Arbeitsfeld der Heimerziehung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen muss Sorge für die Mitarbeiterförderung und -gesundheit getragen werden. Politische und gesellschaftliche Entwicklungen der letzten Jahre haben neue Herausforderungen mit sich gebracht, die auch im Bereich pädagogischer und therapeutischer Handlungsfelder Einzug gehalten haben. Dabei ist vor allem an die teils komplex traumatisierten Kinder, Jugendlichen und deren Familien zu denken, welche seit 2013 Asyl und Betreuung im deutschen Hilfesystem suchen. Einige dieser Menschen sind als unbegleitete, minderjährige Flüchtlinge unter schwierigen Bedingungen nach Deutschland gestoßen und worden in das stationäre Hilfesystem im Rahmen des KJHG aufgenommen. Die sich daraus ergebenden fachlichen Anforderungen für die pädagogische Arbeit mit traumatisierten Menschen stellt sicher ein gutes Beispiel für die Notwendigkeit auf Weiterbildungen und Entlastung der Mitarbeiter dar. Die Installation gut ausgebildeter, therapeutischer Fachkräfte in stationäre Jugendhilfeeinrichtungen ist in einigen Organisationen bereits vorangeschritten, kann aber eigenen Erfahrungen nach deutlich ausgebaut werden. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit von Therapeuten und Pädagogen kann in der Heimerziehung als eine gute Möglichkeit zur Entlastung und Anleitung (Förderung) der pädagogischen Mitarbeiter gesehen werden. Die komplex gestiegenen Anforderungen an Mitarbeiter infolge der Coronakrise und die damit verbundene, nicht immer gesundheitsförderliche Coronapolitik Deutschlands sollten in diesem Zusammenhang nicht vergessen werden. Diese haben ebenfalls (negativen) Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen genommen und pädagogische sowie therapeutische Bedarfe gesteigert (Vgl. UKE, 2021). In diesem Kapitel sollen nicht nur Besonderheiten der Heimerziehung infolge politischer und gesellschaftlicher Entwicklungen der letzten Jahre behandelt werden.

Auch die per se komplexen Problemlagen und problematischen Beziehungsstrukturen infolge schwieriger biografischer Beziehungserfahrungen stellen eine hohe Anforderung an pädagogische und therapeutische Mitarbeiter im Bereich der Heimerziehung dar (Vgl. Schumacher, 2016, S. 24f.). Mitarbeiter sind in diesem Zusammenhang oft besonders gefordert, eine gute Abstimmung zwischen beziehungsorientierter Arbeit und professioneller Abgrenzung zu finden. Eine beziehungsorientierte Arbeit und das zur Verfügung-Stellen eines authentischen Bindungsangebotes kann dem Kind oder Jugendlichen im besten Fall eine positive, korrigierende Beziehungserfahrung ermöglichen.

Sie wirkt dann als Schutzfaktor für die weitere Entwicklung des jungen Menschen (Vgl. Schröder, 2022, S.73). Andernfalls können dabei aber auch unverarbeitete Bindungsrepräsentationen der Fachkräfte berührt werden, sodass das eigene Bindungssystem des Mitarbeitenden in Stress geraten kann. Die pädagogische Beziehung kann bei unzureichender Eigenreflexion infolge dessen zum Risikofaktor für die weitere Entwicklung des jungen Menschen und die psychische Gesundheit der Fachkraft werden (Vgl. ebd., S.74). Diese Tatsache bestärkt die Notwendigkeit von supervisorischen oder selbsterfahrungs-fokussierten Räumen für pädagogische und therapeutische Mitarbeiter in der Heimerziehung. Ein additives Therapieangebot für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige in der Heimerziehung könnte schlussfolgernd eine gute Möglichkeit zur Qualitätssicherung pädagogischer Arbeit in der Heimerziehung darstellen. Es könnte dabei nicht nur eigenreflexive Räume für den jungen Menschen und dessen Eltern, sondern auch reflexive Räume für die pädagogische Fachkraft bieten. Eigenes pädagogisches Handeln könnte hinsichtlich seiner Angemessenheit und Passung für den jungen Menschen evaluiert und in multiprofessioneller Zusammenarbeit modifiziert werden. Dies käme nicht nur einer Qualitätsförderung pädagogischer Arbeit, sondern auch der Förderung von Mitarbeitergesundheit zu Gute. Denn „[b]esonders Sozialpädagogen/innen in Jugendheimen sind dem Risiko von Burnout ausgesetzt.“ (Vgl. Schröder, 2022, S. 76). Einer bisweilen in der Praxis eher hohen Krankheitsrate und Mitarbeiterfluktuation im Bereich stationärer Hilfen könnte im Sinne einer multiprofessionellen Zusammenarbeit präventiv entgegengewirkt werden (Vgl. Aschermann, 2014).

3.3. Netzwerkorientierung in der therapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien

Netzwerke werden allgemein hin als Zusammenschlüsse verschiedener Akteure gesehen, welche ein gemeinsames Ziel verfolgen oder gemeinsam an (komplexen) Problemlösungen arbeiten. Dies kann den Zusammenschluss verschiedener Individuen, Gruppen oder Institutionen beinhalten und führt dazu, dass wertvolle Ressourcen und Fähigkeiten verschiedener Akteure im Netzwerk zusammenfließen. Eine Bearbeitung komplexer und schwieriger Herausforderungen wird ermöglicht. (Vgl. Büttner & Voigt, 2015, S. 3)

Um nun einen spezifischeren Blick auf die Netzwerkorientierung bei der Bewältigung gesundheitlicher Probleme zu werfen, möchte ich eine Begriffserklärung Alf Trojans in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) heranziehen. Dieser beschreibt Soziale Netzwerke als „[...] dauerhafte, meist informelle Beziehungsstrukturen zwischen Individuen und Gruppen“ (BZgA, 2020), deren gemeinsames Ziel die Bewältigung von Krankheit sowie Förderung von Gesundheit ist. Hierbei werden begriffliche Unterscheidungen in primäre, sekundäre und tertiäre Netzwerke unternommen. Primäre Netzwerke beschreiben dabei familiäre, verwandtschaftliche und freundschaftliche Beziehungen des Individuums. Zu den sekundären Netzwerken zählen hingegen selbst- und höhergradig organisierte Vereinigungen im Lebensraum des Individuums, wie beispielweise Selbsthilfegruppen oder andere Verbände. Mit dem Begriff der tertiären Netzwerke werden professionelle Hilfesysteme beschrieben, unter anderem Beratungsstellen, Arztpraxen und Kliniken. Epidemiologischen Untersuchungen zufolge fördert die Einbindung in soziale

Netzwerke die soziale Unterstützung und geht mit einer höheren Lebenserwartung und einem verminderten Krankheitsrisiko einher. Netze werden also als „Schutz-, Bewältigungs-, Entlastungs- und Unterstützungssysteme“ wahrgenommen. Dabei geht es in der praktischen Erarbeitung von Netzwerken nicht nur um den Aufbau neuer, sondern auch um die Potenziale und Reaktivierung bereits bestehender Verbindungen. (Vgl. ebd., 2020)

Wendet man diese theoretischen Grundlagen auf die therapeutische Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien aus der Jugendhilfe an, so drängt die Wichtigkeit von Netzwerkorientierung in diesem Bereich auf. Denn Kinder und Jugendliche aus der (stationären) Jugendhilfe sind in besonderem Maße von Risikofaktoren zur Entwicklung einer psychischen Störung oder Auffälligkeiten belegt (Vgl. Schüller et al., 2022). Das oben benannte Ziel von Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung erscheint im Zusammenhang mit dieser vulnerablen Zielgruppe also von besonderer Bedeutung. Um Netzwerkarbeit effektiv auszugestalten, bedarf es jedoch der Umsetzung zahlreicher *Erfolgsfaktoren*. Diese werden in der Literatur umfassend beschrieben und sollen im Zuge dieses Kapitels auf die Netzwerkarbeit im therapeutischen Prozess mit Kindern und Jugendlichen spezifiziert werden.

Im Sinne einer guten Netzwerkarbeit mit Akteuren aus verschiedenen Professionen erscheint es bedeutungsvoll, *Rollenklarheiten* aufzubauen. Im Spezifischen bedeutet dies, dass Aufgabenbereiche der Therapeutin, des Jugendamtes und anderer pädagogischer Helfer klar definiert sein müssen, um das Potenzial eines jeden Netzwerkakteurs im Sinne des jungen Menschen effektiv zu nutzen. Dabei ist es wichtig, Rollenkonfusionen zu vermeiden und immer wieder in Austausch miteinander zu gehen und Aufgabenbereiche im Bedarfsfall anzupassen/ neu zu definieren. Hierfür bedarf es einer grundsätzlichen *Kooperationsbereitschaft* aller am Hilfeprozess Beteiligten. Dies schließt nicht nur den Kooperationswillen der professionellen Helfer, sondern auch die Mitwirkungs- und Kooperationsbereitschaft des jungen Menschen und dessen Familiensystems ein. Grundlage hierfür ist es, alle Hilfebeteiligten in die Zielformulierung und Interventionsplanung einzubeziehen, um eine grundlegende *Motivation zur Umsetzung gemeinsamer Ziele* zu erreichen. Die Motivation aller Beteiligten kann im Zuge des Hilfeprozesses beispielsweise durch *regelmäßige Evaluationen, das heißt Erfolgs- und Ergebnisdarstellungen* (zum Beispiel im Hilfeplangespräch), beibehalten und gesteigert werden. Die im Netzwerk *abgestimmten Mindeststandards* zur professionellen Arbeit (z.B. regelmäßiger Austausch, Dokumentation) gelten dabei als Grundlage zur Evaluation. Eine *Anerkennung und Würdigung von Bemühungen* einzelner Akteure im Hilfsnetzwerk ist in Bezug auf Mitwirkung und Zusammenhalt im Netzwerk außerordentlich zuträglich. Neben der Transparenz von Hilfezielen und Interventionen, sollte im Netzwerk eine *Kultur der Offenheit* für neue Ideen und Innovationen vorhanden sein oder entstehen. Dies bedeutet beispielsweise, dass pädagogische Fachkräfte (Lehrer, Pädagogen in der stationären Einrichtung) bereit sein sollten, Interventionsideen der Therapeutin und des jungen Menschen aufzunehmen und deren Umsetzung im Alltag zu fördern. Auch Eltern müssen in diesem Zusammenhang über Hintergründe und Interventionsideen aufgeklärt werden (mittels psychoedukativer Beratungsinhalte), um ein Vertrauen in die Netzwerkpartner beizubehalten. Alle Akteure sollten im Sinne einer guten Netzwerkarbeit über den gesamten Hilfezeitraum angemessen

involviert werden. Eine gute Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerkes setzt gegenseitiges *Vertrauen* voraus. (Vgl. Büttner & Voigt, 2015, S.8)

Schaut man sich die vielfältigen Erfolgsfaktoren und Anforderungen an eine gute Netzwerkarbeit an, so erstaunt es nicht, dass Netzwerkarbeit hinsichtlich ihres Arbeitsaufwandes von ambulanten Richtlinienpsychotherapeuten im Kinder- und Jugendbereich eher als Belastung wahrgenommen werden kann. Zur Verbesserung der therapeutischen Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen aus der Jugendhilfe sollte jedoch netzwerkorientiert gearbeitet werden, um auch das primäre Netzwerk des jungen Menschen (Familie) zu stabilisieren und eine langfristig ausgelegte Gesundheitsförderung des jungen Menschen zu erreichen.

3.4. Multiprofessionalität

Die Wichtigkeit multiprofessioneller Zusammenarbeit steht in enger Verbindung mit dem Thema der therapeutischen Arbeit im Rahmen des KJHG. In dieser Therapieform zur Unterstützung überwiegend sozial benachteiligter, junger Menschen und deren Familien spielt die Zusammenarbeit verschiedener am Fall beteiligter Professionen eine elementare Rolle. Im bereits beschriebenen Handbuch zur KJHG-Therapie im Kapitel 3.1.1. wird eine Kooperationsbereitschaft der ausführenden (Psycho-)Therapeuten im Zuge folgender Formulierung sogar explizit verlangt: „Auch erfordert die psychotherapeutische Arbeit im pädagogischen und sozialpädagogischen Kontext von TherapeutInnen ein anderes Rollenbild, da von ihnen eine intensive Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften im psychosozialen Hilfesystem erwartet wird.“ (Schmidt, 2019, S. 25). Das Paradigma von Professionshoheiten soll damit zum Wohle der zu behandelnden Menschen aufgebrochen und durch eine interdisziplinäre Sichtweise ersetzt werden. Nina Weimann-Sandig ergänzt diesen Aspekt in ihrem erst kürzlich erschienenen Sammelband professionsübergreifender Diskurse und fasst das Ziel multiprofessioneller Arbeit wie folgt zusammen:

„[...] [M]ultiprofessionelle Teamarbeit führt zu einer Erweiterung und auch zur Neuausrichtung der Handlungsfelder der sozialen Dienstleistungen mit dem Ziel, die sozialen Ungleichheitsstrukturen in Deutschland effizienter zu bekämpfen.“ (Weimann-Sandig, 2022, S.1).

Diese Ausführung beschreibt die Bemühungen zum Abbau sozialer Ungleichheiten in Deutschland und präsentiert die Arbeit im multiprofessionellen Team als dafür sinnvolle Interventionsstrategie. Bei der Sichtung wissenschaftlicher Standpunkte zur Definition des Begriffs „Multiprofessionalität“ zeigen sich teils uneinige und vielschichtige Erklärungsversuche. Weimann-Sandig bezieht sich in ihren Beschreibungen zur Entwicklung der Multiprofessionalität im sozialen Sektor auf die von Nordegraaf postulierten und konträr zueinanderstehenden Begriffe „protective professionalism“ und „connective professionalism“ (Nordegraaf, 2020). Dabei geht es beim „protective professionalism“ um eine eher abgegrenzte Arbeit verschiedener Professionen und deren Anspruch, die Hoheitsmacht der eigenen Profession durch Belehrung und Abgrenzung zur jeweils anderen Profession zu sichern. Eine in den letzten Jahren anlaufende Entwicklung des „connective professionalism“ soll Autonomiebemühungen der einzelnen Professionen aufweichen und

hinführen zu einer integrativen und professionsübergreifenden Arbeit im heterogenen Team (Vgl. Weimann-Sandig, 2022, S 7 ff.). Multiprofessionalität bedeutet also die Zusammenarbeit von Akteuren verschiedener Professionen, deren Kooperation sich unweigerlich zur Erweiterung und Ausdifferenzierung des jeweiligen Professionswissens auswächst (Vgl. ebd., S. 11). Multiprofessionelle Zusammenarbeit ist damit auf die Öffnung einzelner Professionen für Ansätze anderer Professionen angewiesen und intendiert ein gemeinsames, professionelles Selbstverständnis (Vgl. ebd., S.32). Ein damit oft verknüpfter Begriff der „Interdisziplinarität“ beschreibt dabei die Zusammenführung von Wissen aus unterschiedlichen Disziplinen, deren Ziel es ist, Wissenslücken zu schließen und gemeinsame Lösungsstrategien zu entwerfen (Vgl. ebd., S.31). Schenkt man den Ausführungen von Weimann-Sandig Glauben, so könnte multiprofessionelle Arbeit langfristig zur Professionalisierung und Verbesserung einzelner Fachdisziplinen beitragen. Vor allem hinsichtlich steigender und komplexer werdender Anforderungen an Fachkräfte in pädagogischen und therapeutischen Berufen muss das Konzept von „Multiprofessionalität“ meiner Auffassung nach stärker in den Fokus genommen werden. Für die Ausrichtung von Therapie und sozialer Organisationen bedeutet dies aus meiner Sicht, dass multiprofessionelle Teamarbeit nicht nur als Arbeitshaltung von therapeutischen und pädagogischen Fachkräften verlangt werden darf, sondern dass auch entsprechende Zeiträume und finanzielle Möglichkeiten zur Verwirklichung dieser Interventionsstrategie bereitgestellt werden müssen.

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichen- Richtlinienpsychotherapie nach dem SGB V sind entsprechende Bedingungen zur multiprofessionellen Arbeit meinen Erfahrungen nach nicht oder nur ungenügend gegeben. Mit bereitgestellten Bezugspersonenstunden im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und deren möglicher Erweiterung durch die Krankenkassen oder Gutachter werden zwar Bemühungen im Sinne einer Netzwerkarbeit ersichtlich, aber von günstigen Bedingungen zur multiprofessionellen Ausrichtung der therapeutischen Arbeit kann aus meiner Sicht nicht gesprochen werden. Geht man von der Annahme aus, dass multiprofessionelles Arbeiten eine Professionalisierung der jeweiligen Profession/ Disziplin mit sich bringt, so sollte sich die (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapie um bessere Bedingungen in diesem Bereich bemühen, um dem Anspruch wachsender Bedarfe Schritt halten zu können und sich fachlich weiterzuentwickeln.

4. Vorstellung des „Chemnitzer Modells“ im KJF e.V. Chemnitz

Im Folgenden soll der Verein „Kinder-, Jugend- und Familienhilfe e.V.“ als sozialer Dienstleister im Bereich der Jugendhilfe in Chemnitz vorgestellt werden. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Beschreibung und Vorstellung des therapeutischen Angebotes für Kinder und Jugendliche des Heimverbundes des KJF e.V.. Dieses therapeutische Angebot im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) wird im zweiten Teil meiner Masterarbeit hinsichtlich seiner Ausgestaltung, Chancen und Potenziale evaluiert. Ein Überblick zum Leitbild und Gesamtleistungsangebot des Chemnitzer Vereins, zu dessen stationären Hilfen im Heimverbund und dem therapeutischen Angebot des Heimverbundes soll geschaffen werden. Die folgenden Informationen zum Verein speisen

sich aus dessen Internetauftritt, Broschüren des Vereins und der Leistungsbeschreibung des Therapeuten des Heimverbundes.

4.1. Leitbild und Leistungsangebot des KJF e.V.

Der KJF e.V. wurde 1992 als sozialer Verein gegründet und verschreibt sich seitdem der „[...] Erziehungs-, Behinderten- und Lernhilfe für Kinder, Jugendliche, junge Volljährige und Familien mit Hilfe anerkannter Methoden der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik/ Pädagogik [...], mit dem Ziel, die Entwicklung junger Menschen zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu fördern“ (Leistungsbeschreibung Therapeut des Heimverbundes). Er ist Mitglied des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes des Landesverbandes Sachsen und demzufolge frei in seiner konfessionellen und parteipolitischen Ausrichtung. Dem Verein gehören 132 Vereinsmitglieder an. Im Verein werden derzeit über 400 Mitarbeiter in insgesamt 69 Einrichtungen und Projekten beschäftigt. Zum Gesamtleistungsangebot des KJF e.V. zählen stationäre und teilstationäre Hilfen, ambulante Beratungs- und Betreuungsformen, Kindertagesstätten und offene Angebote der Kinder- und Jugendhilfe. Dessen Angebotsvielfalt steht Kindern, Jugendlichen, jungen Volljährigen und deren Familien zur Verfügung. Im Leitbild des Vereins werden seine individuellen Grundpfeiler der sozialen Arbeit mit dieser Zielgruppe beschrieben, welche beispielsweise in der die Vermittlung wichtiger Werte wie Toleranz, Wertschätzung, Hilfsbereitschaft und Ehrlichkeit liegen. Einen weiteren Aspekt in der Ausrichtung seiner Arbeit sieht der Verein zudem im Empowerment, also in der Befähigung der jungen Menschen und deren Familien zur Entwicklung und Verwirklichung eigener Perspektiven. Ambitionen zur Ausgestaltung einer zukunftsgerichteten Sozialen Arbeit sieht der Verein vor allem in der Förderung innovativer Ideen, welche die Angebotsvielfalt der Stadt Chemnitz vergrößern soll. Angesichts seiner im Folgenden dargestellten Leistungsvielfalt und immer neuen Bemühungen zur Implementierung neuer Hilfeangebote im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe in Chemnitz kann dem Verein Anerkennung entgegengebracht werden.

Verteilt auf das Chemnitzer Stadtgebiet bietet der KJF e.V. 1800 Kita- und Hortplätze in insgesamt 13 Einrichtungen an. Besondere Förderung erhalten Kinder in diesen Kitaeinrichtungen beispielsweise durch inklusive Förderungsprogramme. Zudem betreibt der Verein eine Grundschule, ein Schulprojekt und zwei Internate. Im Bereich der offenen Kinder- und Jugendarbeit führt der KJF e.V. zwei Jugendhäuser und ein Kreativzentrum, welches junge Menschen im Alter zwischen 6 und 27 Jahren ansprechen soll. Hinsichtlich seiner Beratungs- und Familienangebote ist der Verein ebenfalls vielschichtig aufgestellt (Familienberatung, Erziehungsstelle, Krabbelgruppen, Elterncafé). Im Bereich der ambulanten Hilfen zur Erziehung können Kinder, Jugendliche und Familien auf ein breites Leistungsspektrum zurückgreifen. Hierzu zählen: Erziehungsberatung, Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH), Einzelfallhilfe und Erziehungsbeistandschaft, Soziale Gruppenarbeit, Systemische Familientherapie und Schulprojekte. Die stationären Hilfen und Eingliederungshilfen des KJF e.V. bestehen aus 10 Wohngruppen für insgesamt 80 Kinder, Jugendliche und junge Volljährige. Darin inbegriffen sind 7 Inobhutnahme-Plätze für Kleinkinder.

4.2. Vorstellung des Heimverbundes des KJF e.V.

Der Heimverbund des KJF e.V. besteht aus 10 Wohngruppen mit etwa 80 Plätzen für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige und wird vom Heimleiter und dessen Stellvertreterin geleitet. Das stationäre Angebot des KJF e.V. wird seit 2013 durch ein therapeutisches Angebot für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige ergänzt, welches durch eine Therapeutin mit abgeschlossener Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie (VT) ausgestaltet wird. Im Januar 2022 ist zum stationären und therapeutischen Angebot des Heimverbundes eine Fachberatung hinzugekommen, welche als Unterstützung des Heimleiters und der Wohngruppen fungiert. Diese übernimmt eine beratende und koordinierende Rolle, das heißt sie organisiert und strukturiert Weiterbildungen für die pädagogischen Fachkräfte der Wohngruppen, berät diese gegebenenfalls zu fachlichen Themen, erarbeitet Leistungsbeschreibungen in Teams und bringt die allgemeine Qualitätsentwicklung voran. Fachberatung, Heimleitung und Therapeutin des Heimverbundes sind der Geschäftsführung des KJF e.V. unterstellt. Die Fachberatung und die Therapeutin des Heimverbundes sind der Heimleitung jedoch nicht unterstellt und agieren autark von Entscheidungen der Heimleitung. Vertieft man die Beschreibung des Organigramms, so werden die 10 Wohngruppen durch jeweilige pädagogische Hausleiter und deren Stellvertreter geleitet. Diese unterstehen der Geschäftsführung des KJF e.V. und der Heimleitung. (Vgl. Organigramm des KJF e.V.)

In der pädagogischen Konzeption des Heimverbundes wird dieser mit seinen Wohngruppen als qualifizierter und leistungsfähiger Raum zur Erziehungshilfe beschrieben, welcher bei der Überwindung von Lebenskrisen unterstützt. Kinder, Jugendliche und junge Volljährige sollen im Rahmen der stationären Hilfe des KJF „empowert“, das heißt zu einer eigenständigen und bewussten Lebensführung befähigt werden. Im Rahmen der Heimerziehung werden verschiedene, an den §34 SGB VIII angelehnte Ziele durch den Heimverbund benannt. Diese können von der Unterstützung einer Rückführung in die Herkunftsfamilie, der Vorbereitung auf ein Leben in einer Pflegefamilie bis hin zur Vorbereitung junger Volljähriger für einen eigenen oder betreuten Wohnraum reichen. Dabei werden die pädagogischen Fachkräfte im Rahmen ihrer erzieherischen Tätigkeiten beispielweise zur Förderung der Persönlichkeits- und Gesundheitsentwicklung, Entwicklung von angemessenen Konflikt- und Problemlösestrategien sowie bei der Erarbeitung einer schulischen oder beruflichen Perspektive für die jungen Menschen angehalten. Die elementaren Arbeitsprinzipien des Heimverbundes sind: Zentralisierung und Regionalisierung, Lebensweltorientierung, Partizipation, Integration, Flexibilität und Alltagsorientierung. Im Rahmen der Evaluation des therapeutischen Angebotes im zweiten Teil der Masterthesis werden einige dieser Prinzipien hinsichtlich ihrer Ausgestaltung im therapeutischen Angebot des Heimverbundes nähere Betrachtung finden. (Vgl. pädagogische Konzeption des Heimverbundes)

4.3. Vorstellung des therapeutischen Angebotes des Heimverbundes

Zum Grundlagenverständnis für den empirischen Teil meiner Masterarbeit, soll diesem Teil eine gekürzte, konzeptionelle Beschreibung des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.

vorausgehen. Die Vorstellung erfolgt hinsichtlich wichtiger Überschriften und Merkmale des Therapieangebotes, sodass dem Rezipienten ein strukturiertes Verstehen ermöglicht wird. Im Zuge der Beschreibung ist darauf hinzuweisen, dass die Berufsbezeichnung des „Psychotherapeuten“ einen rechtlich geschützten Begriff darstellt in Deutschland und eine Approbation gemäß des Psychotherapeutengesetzes verlangt (Vgl. § 2 PsychThG). Da die Therapeutin des Heimverbundes über eine abgeschlossene Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin im Richtlinienverfahren VT verfügt, jedoch nicht approbiert ist, wird der Begriff „Therapeutin“ verwendet. Begonnen werden soll zunächst mit der Beschreibung der allgemeinen Leistungsinhalte des Therapieangebotes.

4.3.1. Art der Leistung

Das Angebot des Heimverbundes wird als Angebot zur therapeutisch orientierten Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen gesehen, welche in den stationären Einrichtungen (WG, Außenwohnungen) des KJF e.V. untergebracht sind und psychische Auffälligkeiten mit Krankheitswert und entsprechender Therapieindikation aufweisen. Es dient der Feststellung, Linderung und Heilung von psychischen Auffälligkeiten. Die Therapeutin mit Masterabschluss und abgeschlossener Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT) ist darauf bedacht, professionsübergreifendes Methodenwissen aus Therapie und Pädagogik einzubringen, um emotionale und soziale Defizite abzubauen und gesunde Anteile zu stärken. Das therapeutische Vorgehen erfolgt dabei stets ressourcen- und bedarfsorientiert sowie methodenübergreifend. Die Therapiestunden mit dem jungen Menschen finden i.d.R. einmal pro Woche statt. Ein Einbezug des familiären und sozialen Bezugsumfeldes wird als „unerlässlich“ beschrieben und inkludiert regelmäßige Eltern- oder Bezugspersonengespräche. Die fachliche Beratung der pädagogischen Mitarbeiter (z.B. aus der WG oder ambulanten Einzelfallhilfe) durch die Therapeutin des Heimverbundes ist in die Bezugspersonenarbeit (BZP) inbegriffen. Eine Unterstützung durch die Therapeutin in akuten Krisensituationen kann dabei im geschützten Therapieraum oder in der unmittelbaren Lebenswelt des jungen Menschen erfolgen. Die Dauer der therapeutischen Hilfe richtet sich nach der Diagnose, dem Entwicklungsverlauf des jungen Menschen und/ oder den Veränderungen des familiären Systems. Als wichtiger Baustein der Zusammenarbeit zwischen Therapeutin und jungen Menschen im Therapiesetting gilt die therapeutische Beziehung. Diese wird als elementar zur Erreichung von Therapiezielen wie Selbstwertstärkung, Erlernen von funktionalen Verhaltens- oder Konfliktbewältigungsstrategien gesehen. Die therapeutische Beziehung gilt dabei als heilendes Element und soll eine positive und von Vertrauen geprägte Beziehungserfahrung ermöglichen. (Vgl. Leistungsbeschreibung des Therapeuten des Heimverbundes, 2012)

4.3.2. Gesetzliche Grundlage:

Das therapeutische Angebot des Heimverbundes begründet seine Betriebserlaubnis auf rechtlicher Grundlage des „§ 34 SGB VIII zur Heimerziehung und sonstigen betreuten Wohnformen“ und des „§ 35a SGB VIII zur Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung“. Der § 34 SGB VIII beschreibt die Daseinsberechtigung therapeutischer Hilfen in der Heimerziehung wie folgt: „Hilfe zur Erziehung in einer Einrichtung über Tag und Nacht (Heimerziehung) oder in einer sonstigen betreuten Wohnform soll Kinder und Jugendliche durch eine Verbindung von

Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten in ihrer Entwicklung fördern.“. Bezugnehmend auf den § 35a SGB VIII kann therapeutische Arbeit als geeignetes Mittel zum Abbau der psychischen Störung oder Behinderung des jungen Menschen dienen. Therapeutische und pädagogische Arbeit soll das Bezugsumfeld des jungen Menschen dazu befähigen, für gesunde und altersentsprechende Entwicklungsbedingungen zu sorgen.

4.3.3. Finanzierung:

Das therapeutische Angebot wurde mit dem Jugendamt Chemnitz ausgehandelt und wird pauschal finanziert. Die aktuelle Entgeltvereinbarung vom 16.12.2021 gilt bis zum 31.12.2022 und wurde gemäß der „§§77 und 78b SGB VIII für stationäre Leistungsangebote“ geschlossen. Sie sieht ein Basisentgelt von derzeit 845,99 Euro pro Therapieplatz pro Monat vor. Für die Berechnung der Kosten von 8-10 ausgehandelten Therapieplätzen wird das arithmetische Mittel von 9 Therapieplätzen herangezogen. Die Finanzierung der 9 Plätze erfolgt pauschal pro Monat. Zur Bereitstellung des therapeutischen Angebotes durch den KJF e.V. ergeben sich für die Stadt Chemnitz Jahreskosten von 91 366, 66 Euro und monatliche Kosten von 7 613,90 Euro.

4.3.4. Zielgruppe und Aufnahmeverfahren

Das Konzept des Therapieangebotes ist für die therapeutische Behandlung von 8- 10 Kinder, Jugendliche oder junge Volljährige aus stationären Einrichtungen des Heimverbundes ausgelegt, welche psychische Auffälligkeiten mit Krankheitswert aufweisen. Zur spezifischen Zielgruppe des therapeutischen Angebotes gehören sozial benachteiligte, verhaltensauffällige, seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte, suchtfährdete, chronisch psychisch-psychosomatisch erkrankte und traumatisierte Kinder, Jugendliche und junge Volljährige. Eine entsprechende Therapieindikation muss vorab geprüft werden und gegeben sein. Die Therapeutin soll laut konzeptioneller Idee bereits bei Anfrage durch das Jugendamt zur fachlichen Beratung und Anpassung des Hilfekzeptes auf den jungen Menschen hinzugezogen werden. Therapeutische Bedarfe können sich bereits bei Aufnahme oder im Hilfeverlauf der Heimerziehung ergeben. (Vgl. ebd., 2012)

4.3.5. Therapeutisches Konzept und Methodik

Das therapeutische Konzept setzt sich aus Eingangs- und Verlaufsdagnostik, Einzeltherapie und -beratung, Krisenintervention sowie Beratung der pädagogischen Teams zusammen. Die Therapeutin steht dem Verein bei der Umsetzung seines Therapiekonzeptes mit einer vollen Stelle von 40 Stunden pro Woche zur Verfügung. Im Rahmen der *Eingangsdagnostik* soll eine umfassende Diagnostik zur behandlungsbedürftigen Störung und komorbiden Störungen stattfinden (u.a. in Gesprächen, mit standardisierten Tests). Bisher nicht erkannte Ursachen für Fehlverhalten und ungenutzte Ressourcen des jungen Menschen oder dessen Umfeldes sollen ergründet werden. Die Ergebnisse werden im Anschluss für die Anpassung der Entwicklungsbedingungen und für die Förderung des jungen Menschen in der Heimerziehung nutzbar gemacht. Die *Zusammenarbeit mit und Beratung von den pädagogischen Teams* nimmt dabei eine wichtige Rolle ein, um therapeutische und pädagogische Interventionen aufeinander abzustimmen. Dabei stellt sich die Therapeutin des Heimverbundes auch für *kurzfristige Beratungen in Krisenzeiten oder Kriseninterventionen* im Lebensraum des jungen Menschen (WG) zur Verfügung. Ist eine

klinische Krisenintervention nötig geworden, so wird eine enge Kooperation zwischen Therapeutin und Klinik angestrebt. Während des gesamten stationären Aufenthaltes des jungen Menschen im Heimverbund des KJF e.V. erfolgt eine *Verlaufsdagnostik*, das inkludiert beispielsweise die Verlaufskontrolle von Auffälligkeiten aus der Eingangsdiagnostik. Gewichtige Entscheidungen werden immer unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklungen des jungen Menschen und dessen Umfeld getroffen (z.B. Rückführungsentscheidungen). Beratung und Therapie für die jungen Menschen findet im Einzelsetting im geschützten Raum statt. Eine schnelle Therapieanbindung soll gewährleistet werden, um akute Bedarfe abzudecken und einer Chronifizierung von Symptomen entgegenzuwirken. Therapeutische Methoden werden auf das Alter, die Entwicklung und das Störungsbild des jungen Menschen angepasst. Sie entsprechen wissenschaftlichen Erkenntnissen der psychosozialen Diagnostik, Beratung, Behandlung und Gesundheitsförderung. Die Implementierung von Methoden aus der Verhaltenstherapie, kindzentrierten Spieltherapie, Gesprächstherapie, systemischen Familientherapie, Gestalt- und Psychodramatherapie erfolgt bedarfsgerecht. (Vgl. ebd., 2012)

4.3.6. Einbeziehung der Eltern/ Personensorgeberechtigten und Familienarbeit

Die Eltern- und BZP-Arbeit wird in der Konzeption des Therapieangebotes extra behandelt, da sie einen hohen Stellenwert einnimmt. Das Angebot ist auf den Einbezug des familiären Bezugfeldes ausgerichtet, um Eltern- Kind-Beziehungen im Rahmen der Therapie zu stärken und Eltern in ihren erzieherischen Fähigkeiten zu stärken. Es wird davon ausgegangen, dass die Familie des jungen Menschen einbezogen werden muss, um diesen nachhaltig in dessen Persönlichkeitsentwicklung zu stärken oder eine Rückführung in die Herkunftsfamilie zu erreichen. Eltern fungieren auch bei ausbleibender Rückführung in den Haushalt als wichtiges Modell und Ressource.

4.3.7. Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

Eine netzwerkorientierte Arbeit mit dem außerfamiliären Bezugssystem des jungen Menschen stellt einen weiteren, wichtigen Grundzug des therapeutischen Konzeptes dar. Diese Arbeit beinhaltet die Zusammenarbeit und Kooperation von der Therapeutin des Heimverbundes mit anderen Institutionen und Personen wie Schulen, Kinder- und Jugendpsychiatrien, Familiengerichten, dem Jugendamt, Ärzten und Vormündern. Insbesondere die Kooperation mit dem Jugendamt stellt sich als unerlässlich heraus zur gemeinsamen Gestaltung des Hilfeplanungsprozesses. Die Therapeutin wird im Zuge der konzeptionellen Idee zur Teilnahme an Hilfeplangesprächen, Durchführung von Fachgesprächen und Zusammenarbeit mit der Familie des jungen Menschen angehalten. Im Hilfeprozess soll sie eine beratende Funktion bei der Entwicklung eines sinnvollen und zwischen pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen abgestimmtes Hilfekonzept einnehmen. Zudem unterstützt sie bei der Nachbetreuung des jungen Menschen und dem Übergang in eine andere Lebensform.

4.3.8. Evaluation und Qualitätssicherung

Die Therapeutin ist zur Dokumentation der Therapiestunden und zur Aktenführung verpflichtet. Zur regelmäßigen Überprüfung der Entwicklungsverläufe dienen der Therapeutin zudem regelmäßige Einschätzungen aus Teambesprechungen in den Wohngruppen,

welche ebenfalls der Dokumentationspflicht unterliegen. Die pädagogische und therapeutische Hilfe wird auf Grundlage dessen stets evaluiert und an die jeweiligen Entwicklungsbedarfe des jungen Menschen angepasst. Zur Qualitätssicherung des therapeutischen Angebotes stehen der Therapeutin neben dem trägerinternen Austausch (in Teambesprechungen und mit der Heimleitung) auch Fortbildungstage und externe, regelmäßige, therapeutische Supervisionen zur Verfügung.

II Empirischer Teil

5. Evaluationsstudie

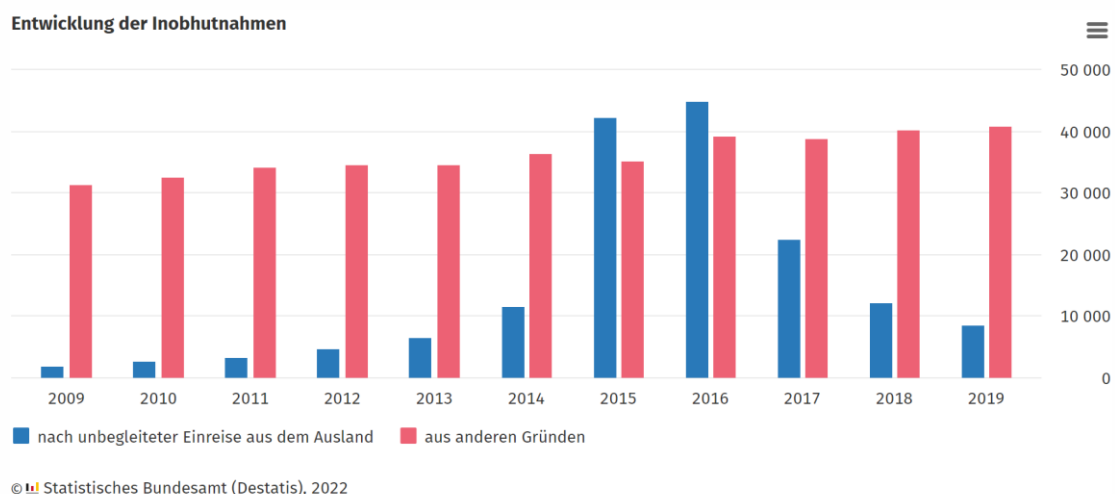
Im empirischen Teil meiner Masterthesis sollen die theoretischen Annahmen zur Gesamtthematik aus dem ersten Teil um Ergebnisse aus einer eigens durchgeführten Evaluationsstudie ergänzt werden. Die Evaluationsstudie bezieht sich auf Untersuchungen zur therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus stationären Einrichtungen des KJF e.V., einem Verein der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe in Chemnitz. Um dem Leser die Aktualität und Brisanz meiner empirischen Untersuchung deutlich zu machen, ist es notwendig, den aktuellen Forschungsstand zur therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus der Jugendhilfe zu beleuchten. Anschließend werden mein Forschungsinteresse, meine Forschungsfragen und die Methodik meiner Datenerhebung vorgestellt. Im Einzelnen sollen dann die Teilnehmer meiner Evaluationsstudie, die Erhebungsmethode, der Aufbau, die Durchführung und Auswertungsmethode meiner empirischen Untersuchung abgebildet werden. Nachdem ein Grundverständnis zur durchgeführten Evaluationsstudie gegeben wurde, soll schließlich die Auswertung und Interpretation der Forschungsergebnisse erfolgen. Zum Abschluss soll sich eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse sowie der Herausstellung von Spannungsfeldern und Grenzen therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus der Jugendhilfe zugewendet werden.

5.1. Aktueller Forschungsstand

Aus meinen theoretischen Ausführungen zur Gesamtthematik therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und deren Familien aus der Jugendhilfe wird ersichtlich, dass bereits erste, gut ausgereifte Ansätze zur KJHG-Therapie in Deutschland bestehen. Vorreiterrolle nimmt hierbei die psychotherapeutische Versorgungslandschaft im Bundesland Berlin ein, welche es verstanden hat, sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen ein breit angelegtes Angebot zur bedarfsgerechten Versorgung zu machen. Das Konzept der KJHG-Therapie trägt neben Behandlung des jungen Menschen auch Sorge für den Aufbau adäquater Entwicklungsbedingungen in seinem familiären und sozialen Umfeld und intendiert infolgedessen einen stärkeren Einbezug der Eltern zur Befähigung einer Versorgung im familiären Rahmen (Vgl. Schmidt, 2019, S.18 ff.). Die Idee zur „Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie“ (Vgl. § 34 SGB VIII) gibt es dabei nicht erst seit Neuestem. Sie wurde bereits 1990 als Grundidee der Heimerziehung und sonstigen betreuten Wohnform aufgenommen. Betrachtet man das ambitionierte Ziel des

Sozialstaates Deutschland, soziale Ungleichheiten (auch hinsichtlich therapeutischer Gesundheitsversorgung) weitestgehend aufzuheben, so erstaunt es doch ziemlich, dass die allgemeine psychotherapeutische Versorgungslandschaft Deutschlands im Rahmen des SGB V benachteiligte Kinder und Jugendliche eher gering in den Fokus nimmt. Sie bietet der Theorie und eigenen Arbeitserfahrungen nach, nur ungenügende Bedingungen zum Einbezug der Eltern oder zum multiprofessionellen Arbeiten der therapeutischen Fachkraft. Vor allem nach Inobhutnahmen aus dem Elternhaus und stationären Unterbringungen der jungen Menschen nimmt kann der Einbezug des sozialen, familiären Umfeldes einen hohen Stellenwert einnehmen. Auch der Bezug auf Daten des statistischen Bundesamtes zum Anstieg der Inobhutnahmen von jungen Menschen im Zeitraum von 2009 bis 2019 um rund 30% (Vgl. Statistisches Bundesamt, 2020) und deren häufigste Ursache „Überforderung der Eltern/ eines Elternteils“ mit 38% (Vgl. Statistisches Bundesamt, 2021) wirft Fragen auf hinsichtlich der eher zurückhaltenden Implementierung von KJHG-Therapien in die allgemeine Versorgungslandschaft Deutschlands. Bieten diese dem Therapeuten doch eine gute Möglichkeit zur intensiven Erarbeitung hilfreicher Strategien mit den Eltern und Bezugspersonen. Ein Rückgang der Inobhutnahmen von rund 49500 Fällen im Jahr 2019 auf 45400 Fälle im Jahr 2020 muss dabei mit Vorsicht betrachtet werden, da die Vermutung unentdeckter Kinderschutzfälle infolge der coronabedingten Kontaktbeschränkungen berücksichtigt werden muss (Vgl. ebd.). Wird unter Berücksichtigung dieser Zahlen nicht viel eher eine Förderung eines Bezugssystem-orientierten, therapeutischen Ansatzes im Kinder- und Jugendbereich nötig? Zur Verbildlichung der Daten, werden die Statistiken im Folgenden unter Abbildung 1 und Abbildung 2 dargestellt.

Bei Abbildung 1 handelt es sich um eine Darstellung der Entwicklungen der Inobhutnahme-Zahlen zwischen 2009 und 2019. Die Quelle entstammt aus der Pressemitteilung Nr. 363 des statistischen Bundesamtes vom 17.09.2020 und bindet die Ausdifferenzierung der Inobhutnahme-Gründe in „nach unbegleiteter Einreise aus dem Ausland“ und „aus anderen



Gründen“ ein (Vgl. Statistisches Bundesamt, 2020).

Abbildung 1

In Abbildung 2 soll auf die anderen Gründe der Inobhutnahmen im Jahr 2020 eingegangen werden. Es handelt sich ebenfalls um eine Darstellung des statistischen Bundesamtes, welche die Verteilung der Inobhutnahme-Gründe von den insgesamt 45 444 Inobhutnahmen 2020 kennzeichnet. Die Überforderung der Eltern/ eines Elternteils wird mit 41% als häufigste Ursache gesehen.

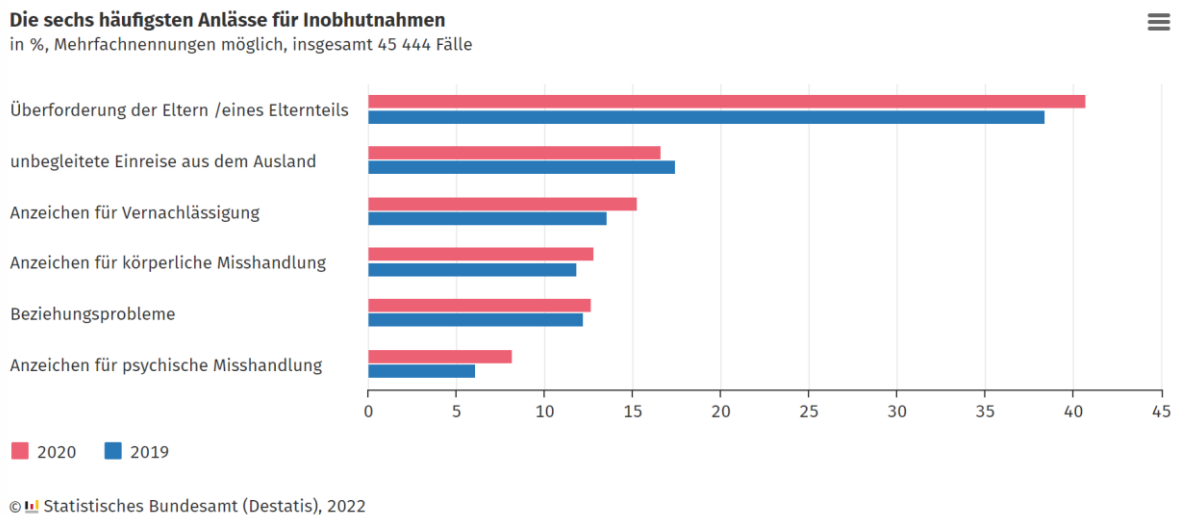


Abbildung 2

Die Ausgestaltung einer KJHG-Therapie kann als schlüssige und richtige Reaktion auf aktuelle Entwicklungen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe begriffen werden. Den damit verbundenen immer komplexer werdenden, gesellschaftlichen Herausforderungen für Familien und Kinder kann theoretischen Grundlagen zufolge mit einer gut gemachten Multiprofessionalisierung pädagogischer und therapeutischer Arbeit entgegengewirkt werden. In meinen Recherchen zur Thematik wurde deutlich, dass in Deutschland bisher viel zu wenige dieser bedarfsorientierten, therapeutischen Konzepte umgesetzt werden. Auch die jahrelangen Bemühungen zur Umsetzung einer KJHG-Therapie in Berlin zeigen, dass es große Kraftanstrengungen zu bedeuten scheint, derartige Konzepte in die deutsche Hilfelandschaft zu etablieren. Die in der folgenden, empirischen Evaluationsstudie gewonnenen Eindrücke decken sich mit dieser Annahme. Mit Sorge können auch die teils enorm langen Wartezeiten in deutschen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Praxen (v.a. in Ballungsgebieten) betrachtet werden, welche unter anderem Ergebnis der Verschlechterung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen infolge der Coronakrise sind (Vgl. UKE, 2021). Die angestrebte qualitative Überprüfung der Potenziale einer therapeutischen Arbeit im Bereich des KJHG läuft mit einer qualitativen Überprüfung von multiprofessioneller Zusammenarbeit zusammen. Die herausgearbeiteten Ergebnisse zum Forschungsstand sollen die Notwendigkeit zur Erweiterung der Versorgungslandschaft durch Etablierung von deutlich mehr KJHG-Therapien betonen.

5.2. Forschungsinteresse und Forschungsfragen

Mein Forschungsinteresse zum Potenzial therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des KJHG am Chemnitzer Modell ergibt sich aus einer Kombination von persönlichen Erfahrungen im Rahmen meiner eigenen

therapeutischen Ausbildungstätigkeit und meiner sozialpädagogischen Vollzeittätigkeit in der Kinder- und Jugendhilfe. Entgegen der aktuellen im berufspolitischen Diskurs entstandenen Entwicklungen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung auf Entkopplung von sozialwissenschaftlichem und psychologischem Wissen hat mir mein interdisziplinäres Wissen in Therapie und Pädagogik stets weitergeholfen. Im Laufe meiner praktischen Ausübung haben sich immer wieder Potenziale und Grenzen der jeweiligen Profession aufgetan und mich zu einem methodenübergreifenden und multiprofessionellen Handeln ermutigt. Kenntnisse aus der sozialpädagogischen sowie therapeutisch-psychologischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen haben mich dabei stets unterstützt, auch wenn dies eine stetige Reflexion bezüglich eigener Rollenklarheit mit sich bringt. Vor allem während meiner Behandlungsstunden im Rahmen der Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie (VT) bin ich mit jungen Kollegen aus Supervisionsgruppen bei der Reflexion komplexerer Therapiefälle mit hohem Bedarf an Familien- und Bezugsarbeit an praktische Grenzen gestoßen. Grund dafür waren unter anderem begrenzte Möglichkeiten in der Arbeit mit Bezugspersonen infolge struktureller Begrenzungen des Therapieprozesses durch die Krankenkassen. Eine Beantragung auf Erhöhung der BZP-Stunden über den Gutachter bedeutet dabei stets erhöhten bürokratischen und zeitlichen Aufwand. Dieser wiederum erschwert die Deckung akuter Bedarfe. Der sich ergebende Tenor war deutlich und bestand darin, dass sich derartige Begrenzungen negativ auf den laufenden Therapieprozess auswirken und diesen zeitweise unflexibel gestalten. Die Kenntnis über das therapeutische Angebot im Rahmen des KJHG beim KJF e.V. in meiner Heimatstadt Chemnitz regte mich dazu an, meine Praxiserfahrungen mit Potenzialen einer KJHG-Therapie abzugleichen.

Forschungsinteresse meiner empirischen Untersuchung ist es, das therapeutische Angebot des KJF e.V. im Zuge qualitativer Interviews auf seine Potenziale und Entwicklungsbedarfe hin zu überprüfen. Meinem Forschungsinteresse wird dabei durch *spezifische Forschungsfragen* nachgegangen, welche sich im Vorfeld meiner empirischen Untersuchung durch Hypothesen ergeben haben. *Zentrale Forschungsfragen* sind dabei: Inwiefern ist das therapeutische Angebot in der Lage, akute und komplexe Therapiebedarfe zu decken? Kann das therapeutische Angebot im Rahmen des KJHG einen flexiblen und bedürfnisorientierten Hilfeverlauf für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige in der stationären Heimerziehung ermöglichen und unterstützen? Wie genau erfolgt die Ausgestaltung der Eltern- und BZP-Arbeit und multiprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften? (Diese Frage ist wichtig, da diesen eine wichtige Einflusswirkung auf Therapie- und Hilfeerfolge zugeschrieben wird.) Welche Bedeutung wird der multiprofessionellen Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften und der Netzwerkarbeit durch die verschiedenen Akteure beigemessen? Welche Effekte hat das therapeutische Angebot des KJF e.V. aus individueller Sicht der Patienten, Familien und anderer am Hilfeprozess Beteiligter?

Zentrale Hypothesen im Vorfeld der Befragungen: Eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Therapeuten und Sozialpädagogen (z.B. Bezugsbetreuer aus der WG/ ambulanten Familienhelfern/ ASD) während der Therapie ist für die Kontinuität und Beibehaltung geschaffener Strukturen und Therapieerfolge zuträglich. Interventionsstrategien und andere therapeutische Inhalte können infolge gelingender Netzwerkarbeit mit anderen Fachkräften

und Bezugspersonen (insbesondere Eltern) nachhaltiger in den familiären Lebenskontext der Patienten und Familien eingeflochten werden können. Eine flexible Frequentierung der Patienten- und Eltern-/ BZP-Stunden trägt zum Therapieerfolg und zur Befähigung des sozialen Umfeldes des jungen Menschen maßgeblich bei. Rückführungen der jungen Menschen können infolge dessen besser realisiert werden.

5.3. Datenerhebung

In diesem Kapitel erfolgt die Beschreibung meiner Datenerhebung im Zuge der qualitativen Evaluationsstudie. Die Teilnehmer und deren Zugang zum Themenfeld werden vorgestellt. Der Nutzen qualitativer Leitfadeninterviews als Datenerhebungsmethode sowie deren Aufbau wird erläutert. Eine kurze Beschreibung zur Durchführung der Leitfadeninterviews mit den unterschiedlichen Teilnehmern schließt sich dem an.

5.3.1. Teilnehmer und deren Zugang

Bei der empirischen Studie handelt es sich um die Evaluation des therapeutischen Angebotes im KJF e.V. in Chemnitz hinsichtlich der im Vorigen dargestellten Forschungsfragen. Aus diesem Grund erschien es sinnvoll, die Datenerhebung durch leitfadengestützte (Experten-) Interviews mit allen am Hilfeprozess beteiligten Personen stattfinden zu lassen. Intention war es dabei, einen mehrperspektivischen und multiprofessionellen Blick auf das Therapieangebot und dessen Ausgestaltung, Potenziale und Effekte zu erfragen. Die Interviewleitfäden mussten hierfür an den jeweilig Befragten angepasst werden. Zugang zu den Teilnehmern erhielt ich im Rahmen meines zweiwöchigen Praktikums bei der Therapeutin des Vereins vom 19.09. bis 30.09.22. Dieses beinhaltete die Begleitung von Therapiegesprächen und Teamgesprächen im Verein. Im Zuge der Teilnehmerakquise war ich auf die Hilfe der Therapeutin zur Vermittlung der Gesprächskontakte angewiesen. Zu den Befragten zählten *3 Fachkräfte aus dem ASD Chemnitz*, welche in der Vergangenheit oder durch aktuelle Hilfeverläufe mit dem therapeutischen Angebot in Kontakt gekommen sind. Diese sollten unter anderem Auskunft über die Koordination der Hilfe, einen Überblick über Hilfebedarfe der jungen Menschen und deren Familien, die spezifische Ausgestaltung der multiprofessionellen Zusammenarbeit in Hilfeverläufen und die Finanzierung geben. Die Befragung der pädagogischen Fachkräfte aus dem ASD erfolgte vor Ort im Jugendamt und schien hinsichtlich deren Funktion im Hilfeverlauf ein wichtiger Baustein zu sein, da der ASD die therapeutische Hilfe finanziert, Gesamthilfeverläufe koordiniert und mittels regelmäßiger Hilfeplangespräche überprüft. Weiterhin befragt wurden *2 Mitarbeiter aus unterschiedlichen Wohngruppen des Heimverbundes*, welche das Kriterium des Bezugsbetreuers erfüllen und deren „Bezugskind“ das therapeutische Angebot des KJF e.V. derzeit nutzt. Die Befragung der pädagogischen Fachkräfte aus den Wohngruppen erfolgte vor Ort in den Wohngruppen und war unter anderem wichtig, um die Ausgestaltung und Potenziale des multiprofessionellen Austausches, die subjektiven Sichtweisen auf Effekte der Therapie und die Spannungsfelder in Hilfeverläufen zu erfragen. Die Befragung der *Therapeutin des Heimverbundes* war besonders leicht zu organisieren, da der Kontakt zu dieser bereits im alltäglichen Austausch bestand. Das Experteninterview mit der Therapeutin war ein wichtiges Element in der fachlichen Auseinandersetzung mit dem Thema KJHG-Therapie,

deren praktischer Ausgestaltung, deren Potenziale und Spannungsfelder. Ergänzend hierzu erschien es sinnvoll, auch die *Heimleitung des Heimverbundes* zum Potenzial und den Grundzügen des therapeutischen Angebotes zu befragen, da dieses an den Heimverbund angegliedert ist und eng mit diesem zusammenarbeitet. Vor allem hinsichtlich der Finanzierungsgrundlage, Koordination und organisatorischen Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit erschien dieses Interview als hilfreicher Informationsbaustein. Das Interview fand in den Räumlichkeiten der Geschäftsführung statt und vermittelte mir den Eindruck kurzer Wege auf Leitungsebene. Als besonders herausfordernd erwies sich die Umsetzung der Interviews mit den Patienten und deren familiären Bezugspersonen. Hierbei war ich auf die unmittelbare Vermittlung durch die Therapeutin angewiesen, welche mich in besonderer Weise bei meinem Forschungsvorhaben unterstützte. Ihr gelang es, 2 *Patienten* im Alter von 13 Jahren und 15 Jahren sowie 2 *Mütter* zum Interview zu akquirieren und dafür in die Büroräume des Vereins einzuladen. Die Befragung der Patienten im Zuge des Leitfadenterviews setzte ein reflektorisches Grundverständnis heraus, sodass die Auswahl der Befragten eingeschränkt war und auf zwei bereits jugendliche Patienten fiel. Von diesen Jugendlichen befand sich zum Zeitpunkt der Befragung einer in laufender Therapie, bei dem anderen Jugendlichen war die Therapie zum Befragungszeitpunkt bereits abgeschlossen. Dies ermöglichte mir, die Nachhaltigkeit der therapeutischen Hilfe im abgeschlossenen Fall zu evaluieren. Bei der Auswahl der familiären Bezugspersonen gelang es, zwei Mütter von ehemaligen Patienten für ein Interview zu gewinnen. Dabei war es besonders interessant, die Aussagen des 15jährigen, ehemaligen Patienten mit den Aussagen von dessen befragter Mutter zusammenzuführen. Die Befragung der jungen Menschen und elterlichen Bezugspersonen war mir in meinem Forschungsvorhaben ein besonderes Anliegen, um deren subjektiven Sichten und Erfahrungen im Therapieverlauf eine Stimme zu geben und mit Sichten des Fachpersonals abzugleichen. Zur Kontrolle der gesammelten Ergebnisse im Feld des KJF e.V. zum Potenzial der KJHG-Therapie entschied ich mich zur weiteren Onlinebefragung einer KJHG-Therapeutin aus Berlin. Deren Kontakt erhielt ich durch eine Dozentin meines Ausbildungsinstitutes SIMKI e.V., welche ich im Zuge meines Interviewvorhabens um Hilfe gebeten hatte. Von den Ausführungen der KJHG-Therapeutin erwartete ich mir Informationen über ihre Praxiserfahrungen aus beiden Therapiesystemen, um die von mir gesammelten Ergebnisse mit den Informationen einer anderen KJHG-Therapeutin abzugleichen und zu hinterfragen im Sinne einer „Kontrollinstanz“. Dieser Vergleich war von enormer Bedeutung, um Potenziale der KJHG-Therapie im Vergleich zur kassenärztlichen Psychotherapieversorgung von jungen Menschen aus der Jugendhilfe und deren Familien herauszuarbeiten. Aufgrund der sich ergebenden Datenmenge und zeitlich begrenzten Dauer meines Praktikums war es mir leider nicht mehr möglich, pädagogische Fachkräfte aus dem ambulanten Bereich zur Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Angebot des Heimverbundes zu befragen und Schnittstellen zwischen ambulanter, stationärer Jugendhilfe und Therapie zu eruieren.

5.3.2. Erhebungsmethode

Für die Erhebung meiner Daten im Rahmen meines Forschungsinteresses habe ich mich für die Befragung verschiedener Experten im Feld mittels Leitfadeninterview (Experteninterview) entschieden. Dieses stellt eine qualitativ-offene Form der Befragung dar und bietet dem Befragten die Möglichkeit, offen auf die im Leitfaden vorstrukturierten Themen gemäß der Forschungsfragen einzugehen und zu antworten.

Im Onlinelexikon der Psychologie wird das Leitfadeninterview als „[die] gängigste Form qualitativer Erhebungsmethoden (Forschungsmethoden) [beschrieben]. Ein Leitfaden gibt den Rahmen für Interviews vor, wodurch Befragungen verschiedener Personen vergleichbar gemacht werden sollen. Trotzdem ist das Interview offen genug, daß spontane, sich aus der Situation ergebende Fragen behandelt werden können (Spektrum.de, 2000).“

Anspruch meiner Datenerhebung war es folglich, eine gute Abstimmung zwischen Struktur und Offenheit zu finden, um meine Forschungsfrage nach dem Potenzial und den Entwicklungsbedarfen der therapeutischen Arbeit im Rahmen des KJHG am Beispiel des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. zu beantworten. Für die empirische Auseinandersetzung schien es unverzichtbar, sich direkt ins zu beforschende Feld, das heißt dem Heimverbund des KJF e.V., zu begeben und passende Interviewpartner zu akquirieren. Ziel der vorstrukturierten und dennoch offenen Leitfäden war es, die Aussagen der Befragten bezüglich verschiedener Kategorien miteinander zu vergleichen und zu interpretieren. Aufgrund der unterschiedlichen Zugänge der befragten Personen zum Thema mussten die Interviewleitfäden im Vorfeld der Befragung angepasst werden. Sie sollten dennoch den Anspruch auf Vergleichbarkeit in einem späteren Kategoriensystem erfüllen. Im Zuge der Datenerhebung ergab dies ein Spannungsfeld zwischen individueller Einzelfallanpassung und Vergleichbarkeit. Da es in der Fachliteratur nur unzureichende Informationen zur genauen Definition des „Experten“ gibt, entschied ich mich im Zuge meiner Masterarbeit dafür, alle Befragten als „Experten ihres Systems“- dem therapeutischen Hilfesystem des KJF e.V.- zu begreifen und deren subjektive Sichtweisen zu eruieren. Die folgende Aussage nach Froschauer und Lueger grenzt den Begriff des „Experten“ auf dessen Einbindung in ein gemeinsames System ein und stellt die Erforschung sozialer Systeme als Grundzug qualitativer Forschung heraus.

„Mitglieder eines sozialen Systems sind daher nicht bloß ExpertInnen ihres Systems, sondern repräsentieren in ihren Aussagen das System und ihre Beziehungen zu diesem (Froschauer & Lueger, 2003, S.20).“

Die Fülle der erhobenen Daten stellte im Zuge der Kategorienbildung und anschließenden Auswertung eine Herausforderung dar. Dennoch entschied ich mich gegen die alternative Erhebungsmethode des Fragebogens, da dieser aus meiner forschenden Sicht einen zu begrenzten Raum für die Darstellung subjektiver Sichten des Befragten bietet und die Offenheit für zunächst nicht vorgesehene aber dennoch wichtige Inhalte behindert.

5.3.3. Aufbau und Schwerpunkte des Interviewleitfadens

Wie im Vorigen beschrieben mussten die Interviewleitfäden an die jeweilig befragte Person und deren Zugang zum Thema angepasst werden. Ich möchte jedoch in diesem Kapitel einen Beschreibungsversuch der allgemeinen Struktur der Interviewleitfäden eingehen und deren jeweilige Schwerpunkte benennen und begründen. Die Interviewleitfäden und deren transkribiertes und im Kategoriensystem dargestelltes Datenmaterial kann im Anhang meiner Masterthesis eingesehen werden.

Die *allgemeine Struktur meiner Interviewleitfäden* kann wie folgt beschrieben werden: Der Interviewleitfaden startet mit der Festhaltung wichtiger Grunddaten wie Tätigkeit/ Themenzugang des Interviewpartners (z.B. Therapeutin, Sozialpädagogin, ASD-Mitarbeiterin, Patient, Patientenmutter), Datum/ Ort/ Dauer des Interviews und der Vorabprüfung einer Einwilligungserklärung zum Interview. In der Einwilligungserklärung zum Interview wird die befragte Person über die Anonymisierung ihrer Daten und über die Speicherung der Daten zu Dokumentationszwecken aufgeklärt. Eine Unterschrift der Einwilligungserklärung ist unerlässlich und erfolgt im Vorfeld des Interviews. Bei den minderjährigen Patienten erfolgt diese durch die Personensorgeberechtigten. Im Anschluss wird der Interviewpartner durch eine Kontextualisierung und Benennung meines Masterthemas auf die Thematik therapeutischer Arbeit mit Kindern- und Jugendlichen im Rahmen des KJHG am Chemnitzer Modell eingestellt. Eine konkrete Einstiegsfrage, welche auf den Interviewpartner angepasst ist, soll den Einstieg ins Thema ermöglichen und eine strukturierte, wenn auch offene Gesprächsatmosphäre schaffen. Unterscheidungen oder Modifikationen der Fragestellungen und Interviewschwerpunkte ergeben sich infolge verschiedener Zugänge zum Thema, verschiedener Professionen der Befragten und hinsichtlich Alter und Reife der Befragten. Zudem war es bei allen Interviews notwendig, unmittelbar auf die Antworten des Befragten zu reagieren und die Reihenfolge der vorstrukturierten Fragen flexibel zu verändern oder Nachfragen zu stellen. Dies ermöglichte ein thematisch-abgestimmtes Miteinander, einen angenehmen Gesprächsfluss und vermied unnötige Dopplungen.

So war es bei der *Befragung der Patienten* beispielsweise notwendig, Fragestellungen auf das Entwicklungsalter anzupassen, bündig zu formulieren und eine allzu lange Interviewdauer zu vermeiden aufgrund entwicklungs- und störungsspezifisch eingeschränkter Konzentrationsfähigkeiten. Der Schwerpunkt des Interviewleitfadens für die Patienten liegt auf der Erforschung von Therapiegründen, der Wartezeit bis zum Therapiebeginn, Therapiedauer, den Effekten der therapeutischen Hilfe aus Patientensicht und der Ausgestaltung der Therapie aus Sicht des Patienten. Dabei wird dessen subjektive Wahrnehmung auf Einbezug des Bezugsumfeldes und Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften (z.B. im Zuge der Hilfeplangespräche) erfragt. Das Interview endet mit einer Frage zur Bewertung der eigenen Mitbestimmungsfähigkeit des jungen Menschen im Hilfeprozess und mit dessen subjektiver Sicht auf das Gesamthilfeziel (z.B. Rückführung).

Der Interviewleitfaden zur *Befragung der elterlichen Bezugspersonen* (Mütter) lehnt sich in seiner thematischen Schwerpunktausrichtung stark an den Interviewleitfaden für den Patienten an. Im Unterschied zu diesem wird jedoch nach der subjektiven Bewertung des Therapieprozesses beim KJF e.V. durch die Mutter als elterliche Bezugsperson gefragt (Wartezeit, Therapiefrequenz, Zeitrahmen, Dauer). Hierbei wird deren subjektive Sichtweise

auf die Gesundheit des Sohnes, dessen Entwicklung im therapeutischen Prozess und die Wahrnehmung der Netzwerkarbeit in diesem erfragt. Ein besonderer Fokus wird auf die Erhebung der elterlichen Sicht zum Einbezug in die Therapie und Mitbestimmungsfähigkeit in Bezug auf die Hilfeziele des Sohnes gelegt. Eine elterliche Reflexion zum Vergleich der kassenärztlichen Psychotherapie im Unterschied zum Therapieangebot beim KJF e.V. wird ebenfalls angestoßen und beruht auf einer fragenintendierten Ermittlung persönlicher Erfahrungen in diesem Bereich. Zudem ergibt sich ein thematischer Schwerpunkt zur Beurteilung der Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften, welcher durch die subjektive Beschreibung der Kommunikationsprozesse aus mütterlicher Sicht herausgearbeitet werden soll. Der Interviewleitfaden schließt mit Fragen zum Einbezug der BZP in die Evaluation des Therapieprozesses und zur Perspektivklärung für das Kind ab. Es werden zudem Entwicklungsbedarfe für das therapeutische Angebot erfragt, welche sich beispielsweise aus dem vorherigen Gesprächsinhalt ergeben haben könnten.

Die *Befragung der Therapeutin des Heimverbundes* soll Expertenwissen im Bereich therapeutischer Arbeit im Rahmen des KJHG akquirieren und erfahrungsbasierte Beschreibungen der Therapeutin hinsichtlich Therapieprozess, Ausgestaltung der Therapiestunden, Methodik, Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften, Qualitätssicherung, Finanzierung, Lebenslagen und Störungsbilder der jungen Menschen und Bezugspersonen zulassen. Das präzise Erfragen der subjektiven Bedeutungszuschreibung von multiprofessioneller Zusammenarbeit und Netzwerkarbeit im Therapieprozess stellt dabei einen Schwerpunkt des Interviews dar. Ebenso wird die Bedeutungszuschreibung der Therapeutin zum Einbezug von BZP und Eltern im Therapieprozess in den Fokus genommen. Im Zuge der Fragen nach der Evaluation des therapeutischen Angebotes wird die Therapeutin zudem zur Reflexion der Chancen und Entwicklungsbedarfe des eigenen therapeutischen Angebotes angeregt, sodass Spannungsfelder eruiert werden. Eine Herausstellung der Potenziale therapeutischer Arbeit im Rahmen des KJHG wird gegen Ende des Interviewleitfadens nochmals unterstützt, indem eine Frage zum Vergleich der beiden psychotherapeutischen Versorgungssysteme vorgesehen ist. Das Interview schließt mit einer offenen Frage zum Wunsch für die allgemeine, therapeutische Helfelandschaft und regt zur Ergänzung für subjektiv offen gebliebene Inhalte zum Thema an.

Die Ausgestaltung des Interviewleitfadens der *ASD-Mitarbeiterinnen* ähnelt dem Interviewleitfaden zur Befragung der Therapeutin sehr, ist jedoch thematisch verknüpft. Der Leitfaden erfragt die subjektive Sicht der Mitarbeiterinnen auf die Zusammenarbeit mit der Therapeutin und soll Informationen zu folgenden Bereichen akquirieren: Alter der Patienten, Lebenslagen und Hilfebedarfe junger Menschen und Familien, Dauer der therapeutischen und pädagogischen Hilfen, Effekte der therapeutischen Hilfe im Gesamthilfeverlauf, Beschreibung multiprofessioneller Kommunikationsprozesse, Bedeutungszuschreibung der BZP-Arbeit und Netzwerkarbeit, Evaluation des therapeutischen Angebotes und Beurteilung der Rückführungsquote. Auch hier schließt der Interviewleitfaden mit einem Vergleich von Therapieangebot des KJF e.V. zu herkömmlichen psychotherapeutischen Angeboten und einer Zusammenfassung von Potenzialen und Entwicklungsbedarfen des Therapieangebotes des KJF e.V. ab.

Eine *Befragung des Heimleiters* soll die erhobenen Informationen aus dem Interview mit der Therapeutin ergänzen, vor allem in Bezug auf organisatorische, finanzielle und prozessbeschreibende Verständnisbausteine des Therapieangebotes beim KJF e.V.. Die thematische Schwerpunktlegung erfolgt dabei unter besonderer Berücksichtigung interner Rollen- und Aufgabenverteilungen im KJF e.V.. Hinsichtlich der spezifischen Fragen ergibt sich eine hohe Übereinstimmung mit Fragen aus dem Interviewleitfaden der Therapeutin, sodass dies zu einer Vergleichbarkeit der Aussagen im Kategoriensystem beiträgt (z.B. hinsichtlich Lebenslagen, Therapiebedarfen, Therapiedauer, Hilfeanbahnung, Netzwerkarbeit, multiprofessioneller Austausch, Spannungsfelder).

Beim Interviewleitfaden zur *Befragung der sozialpädagogischen Fachkräfte und Bezugsbetreuer* aus den Wohngruppen ergibt sich ebenfalls eine hohe Übereinstimmung zu den Fragen für die Therapeutin Heimleitung. Eine spezifische Schwerpunktsetzung liegt auf der Erhebung subjektiver Sichten der Bezugsbetreuer auf deren Einbezug in die Therapie ihrer Bezugskinder. Dabei werden die Prozesse der Zusammenarbeit hinsichtlich ihrer multiprofessionellen und netzwerkorientierten Ausrichtung überprüft. Die direkt erfragten Erklärungsversuche zum Begriff der Netzwerkarbeit und die Beschreibung der Hilfeprozesse sollen Aufschluss über die subjektive und fachliche Ausrichtung in diesem Bereich geben. Der Interviewleitfaden endet ebenfalls mit einer Frage zum erfahrungsbasierten Vergleich der Therapie beim KJF e.V. und einem herkömmlichen, psychotherapeutischen Angebot. Die pädagogische Fachkraft wird zudem zur kritischen Auseinandersetzung mit Potenzialen und Entwicklungsbedarfen des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. angeregt.

Der Interviewleitfaden zur *Befragung der (KJHG-)Therapeutin aus Berlin* wurde im Gegensatz zu den übrigen Interviews deutlich reduziert. Ziel des Interviews war es, subjektive Erfahrungen der Therapeutin mit beiden therapeutischen Systemen zu erfragen- der Kassentherapie und KJHG-Therapie. Dies war möglich, da die Therapeutin bereits KJHG-Therapien angeboten hat, und derzeit als kassenärztlich niedergelassene Therapeutin in Berlin arbeitet. Dabei wurden Fragen zur praktischen Ausgestaltung der KJHG-Therapie gestellt, welche mit Fragestellungen zu aktuellen Erfahrungen im Kassensystem abgeglichen worden. Das Interview sollte nicht nur zur Wissenserweiterung, sondern zur Kontrolle und zum Abgleich der beim KJF e.V. erhobenen Daten dienen. In einer kritischen Nachbetrachtung des Experteninterviews mit der KJHG-Therapeutin muss jedoch festgestellt werden, dass das Interview den Anforderungen eines Vergleichs zwischen Kassentherapie und therapeutischem Angebot des KJF nicht genügt und nur unzureichend entspricht. Das Modell der KJHG-Therapie in Berlin unterscheidet sich in seinen Grundzügen erheblich von der Ausgestaltung des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. in Chemnitz. Im Interview wurde jedoch nach dem Vergleich zwischen KJHG-Therapie und Kassentherapie gefragt. Dieser Vergleich trägt nur geringfügig zur Beantwortung der Forschungsfragen in Bezug auf das therapeutische Konzept des KJF bei. Aufgrund des Informationsgehaltes soll das Interview dennoch in die Masterarbeit einfließen.

5.3.4. Durchführung

Die Durchführung der Leitfadeninterviews erfolgte mit allen Teilnehmern im KJF e.V. persönlich und wurde zur Weiterverarbeitung (Transkription) aufgezeichnet mittels digitalem Aufnahmegerät. Einzig das Leitfadeninterview mit einer (KJHG-)Therapeutin aus Berlin musste aufgrund der Entfernung und Kurzfristigkeit online per Videosprechstunde über Red-Connect stattfinden. Die Wahl und Akquise passender Interviewpartner erfolgte bereits im Vorfeld meines Praktikums (mit Heimleitung, ASD-Fachkräften, Therapeutin) und teilweise auch spontan während des Praktikums und Forschens im Feld (Patienten, Bezugspersonen, Bezugsbetreuer aus den Wohngruppen). Die Terminierung der Interviews gestaltete sich dank zuverlässiger Unterstützung der Therapeutin und Vermittlung von vorher angefragten Gesprächspartnern meist komplikationsfrei. Zur Gestaltung eines angenehmen Gesprächssettings mit Patienten und Bezugspersonen worden mir durch den Verein und die Therapeutin ein heller, liebevoll gestalteter Raum mit Tisch und bequemen Stühlen zur Verfügung gestellt. Dieser befand sich in unmittelbarer Nähe zum Therapieraum. Da den Befragten die Räumlichkeiten bereits bekannt waren, trug dies zu einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre bei. Die Interviews mit den Bezugsbetreuern fanden zur Entlastung dieser in der jeweiligen Wohngruppe statt und gaben mir die Möglichkeit auf Einblick in die Lebenswelt der dort lebenden Kinder und Jugendlichen. Diese waren jedoch zum Zeitpunkt des Interviews nicht anwesend, sodass ein Interview ohne Unterbrechungen sichergestellt werden konnte. Die Interviews mit den Fachkräften des ASD fanden zur Entlastung der Mitarbeiter ebenfalls in deren unmittelbarem Arbeitsumfeld statt. So verhielt es sich auch bei der Durchführung der Interviews mit der Heimleitung und Therapeutin. Als Vorteil der stets aufsuchenden Interviewdurchführung kann der Einblick in die jeweilige Lebens- und Arbeitswelt der unterschiedlichen Interviewpartner gesehen werden. Zudem gewährte mir das Aufsuchen der unterschiedlichen, am Hilfeprozess beteiligten Personen einen Eindruck über die meist recht kurzen Wege, welche einer Vernetzung innerhalb und außerhalb des Vereins sicherlich zuträglich sind. Den Interviewpartnern wurde am Ende des jeweiligen Interviews „ein schokoladiges Dankeschön“ für die bereitgestellte Zeit überreicht.

5.4. Transkription

Die Transkription der Interviews ist als „wortgetreue Verschriftlichung“ zu verstehen und stellt die Grundlage zur Auswertung des erhobenen Textmaterials dar (Vgl. Kuckartz, 2014, S.134). Die Interviews wurden mittels digitalem Aufnahmegerät aufgenommen, auf den Computer transferiert und schließlich mit Hilfe des Transkriptionsprogramms F4 transkribiert. Dabei wurden die Audiodateien eigenhändig Wort für Wort abgetippt unter Beachtung vorher festgelegter Transkriptionsregeln. „Transkriptionsregeln legen fest, wie die gesprochene Sprache in die schriftliche Form übertragen wird. [...] Von Ziel und Zweck der geplanten Analyse hängt es ab, welche [Informations-]Verluste man für akzeptabel hält und welche nicht (ebd., S.135).“ Für die Transkription der Interviews musste im Zuge der Planung genügend Zeit eingeplant werden, denn „[...] selbst für einfache Transkriptionen benötigt man etwa das fünf- bis zehnfache der Interviewzeit (ebd., S.135).“. Bei rund 435 Minuten (7,25 Stunden) aufgenommenem Audiomaterial entsprach dies einer ungefähren Bearbeitungszeit zwischen 2175 Minuten (36,25 Stunden) und 4350 Minuten (72,5 Stunden)

zur Transkription. Aufgrund der Fülle an Datenmaterial wurde sich für eine vereinfachte Transkription entschieden, welche keine Dialekte transkribiert und Sprache sowie Interpunktionen glättet. Lautäußerungen (z.B. Lachen) der befragten Personen wurden zudem in Klammern gekennzeichnet und längere Pausen wurden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte kenntlich gemacht (Vgl. ebd., S.136). Nach Fertigstellung der Transkription wurden diese nochmals auf grammatikalische Fehler hin untersucht, bis sie schließlich in einem Kategoriensystem veranschaulicht wurden. Die während der Interviews entstandenen Notizen zu Schwerpunkten und besonderen, inhaltstragenden Elementen des jeweiligen Interviews trugen bereits während der Transkription der Audiodateien und im Vorfeld der Auswertung zur gedanklichen Analyse des Datenmaterials bei.

5.5. Auswertungsmethode

Die Auswertung des durch die Leitfadeninterviews erhobenen Materials erfolgt nach dessen Veranschaulichung mittels Transkription anhand einer qualitativen, strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring, welche im Fachdiskurs ebenfalls als „kategoriegeleitete Textanalyse“ beschrieben wird (Vgl. Mayring, 2015, S.13). Der Begriff der „Inhaltsanalyse“ wirkt insofern irreführend, da es sich bei dieser nicht ausschließlich um die Analyse des (Kommunikations-) Inhaltes, sondern auch um die Analyse formaler Aspekte der Kommunikation handelt (Vgl. ebd., S.11). Die Besonderheiten dieser qualitativen Auswertungsmethode bestehen laut Mayring in der Analyse von Kommunikation (Interview), genauer gesagt in der Analyse fixierter Kommunikation (Transkript des Interviews) und in einer systematischen, regel- sowie theoriegeleiteten Vorgehensweise, welche Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zulässt (Vgl. ebd., S.13). Diese Vorgehensweise ermöglicht ein systematisches Erschließen umfangreichen Datenmaterials und wird als Grundlage zur Analyse und Interpretation gesehen. Mayring beschreibt dabei drei Grundformen zur Interpretation: die Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung (Vgl. ebd., S.67). Bei der Interpretation meines Datenmaterials aus den Interviewleitfäden bediene ich mich einer strukturierten Vorgehensweise, da diese bestimmte Aspekte des Materials herausfiltert, einen Querschnitt durch die Fülle des Materials legt und dieses unter bestimmten Kriterien und gemäß der Forschungsfrage einschätzt (Vgl. ebd., S.67). Eine weitere Unterscheidung macht Mayring hinsichtlich der Kategorienbildung, welche induktiv, deduktiv oder aus einer Mischform von deduktiv-induktiver Technik erfolgen kann. „Bei der deduktiven Kategorienbildung werden die bei der Inhaltsanalyse benutzen Kategorien aus einer bereits vorhandenen Systematisierung hergeleitet. Dabei kann es sich um eine Theorie oder eine Hypothese handeln, aber auch um einen Interviewleitfaden oder ein bereits vorhandenes System zur inhaltlichen Strukturierung (Kuckartz, 2014, S.60).“ Bei der induktiven Kategorienbildung entstehen die Kategorien hingegen erst am erhobenen Material selbst und unterliegen keiner Vorabstrukturierung durch Hypothesen, Theorien oder ähnliches (Vgl. ebd., S.63). Im Zuge meines Forschungsvorhabens erschien es mir sinnvoll, eine Mischform aus deduktiv-induktiver Kategorienbildung anzuwenden. Diese ermöglichte mir, die vorab aus den Hypothesen abgeleiteten Kategorien, welche im Interviewleitfaden abgefragt wurden (z.B. Elternarbeit, Entwicklungsbedarfe, Evaluation), mit Kategorien aus dem erhobenen Material zu ergänzen. In der Literatur heißt es dazu, dass

man mit einem aus relativ wenigen Hauptkategorien bestehenden Kategoriensystem beginnt, diese Kategorien im erhobenen Material als Suchraster nutzt und schließlich weitere (Sub-)Kategorien induktiv aus dem Material ableitet (Vgl. ebd., S.69).

Mein Vorgehen zur Kategorienbildung kann wie folgt beschrieben werden. Zunächst werden das Abstraktionslevel und der Grad der Differenziertheit der Kategorien bestimmt. Im Zuge einer kategoriengeleiteten Textanalyse wird das gesammelte Textmaterial dann tabellarisch dargestellt und in zusammenhängende Sinneinheiten unterteilt. Diese werden im nächsten Schritt paraphrasiert und reduziert, d.h. auf inhaltstragende und für das Forschungsinteresse relevante Inhalte verknappt sowie zusammengefasst, ohne deren Inhalt zu verändern. Aufgrund der Fülle an Material und Informationen habe ich mich in einem weiteren Schritt dazu entschieden, Subkategorien zu bilden. Diese sind infolge sequenzieller Durcharbeitung der Zeilen erfolgt. Erst dann konnten die Hauptkategorien nach eigenem Ermessen zuverlässig gebildet werden. Die am Material und durch die Hypothesen entwickelten Kategorien werden in einem nächsten Schritt nochmals überprüft, ggf. neu geordnet und einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Diese bestimmt das Maß des Zusammenhangs zwischen den erhobenen Daten und der Forschungsfrage. Erst dann wird das Kategoriensystem fixiert und kann zur Beantwortung der Forschungsfragen genutzt werden (Vgl. Kuckartz, 2014, S.63 ff.).

5.6. Auswertung und Interpretation

Der Auswertungs- und Interpretationsprozess stellte sich aufgrund der Fülle des Datenmaterials als große Herausforderung dar und benötigte die meiste Zeit des gesamten Verschriftlichungs- und Erarbeitungsprozesses im Zuge der Masterthesis. Die Interviewleitfäden sind im Anhang in verkleinerter Form einsehbar. Das sich daraus ergebende Kategoriensystem wird ebenfalls angehängt und wurde der Übersichtlichkeit wegen tabellarisch in die unterschiedlichen Interviews aufgeteilt. Die befragten Teilnehmer sind durchnummeriert, wobei es sich bei **Teilnehmerin 1, 2 und 3** um pädagogische Fachkräfte aus dem Jugendamt Chemnitz, bei **Teilnehmerin 4** und **Teilnehmer 5** um pädagogische Fachkräfte aus einer jeweils unterschiedlichen Wohngruppe, bei **Teilnehmerin 6** um die Therapeutin des Heimverbundes des KJF e.V., bei **Teilnehmer 7** um den Heimleiter des Heimverbundes des KJF e.V., bei **Teilnehmerin 8** um die Mutter eines ehemaligen Patienten, bei **Teilnehmer 9** um einen ehemaligen Patienten und Sohn von Teilnehmerin 8, bei **Teilnehmerin 10** um die Mutter eines ehemaligen Patienten, bei **Teilnehmer 11** um einen aktuellen Patienten und bei **Teilnehmerin 12** um eine KJHG- und Kassentherapeutin aus Berlin handelt.

Bei der Interpretation des Datenmaterials soll es darum gehen, das erhobene Material so auszuwerten, dass die im **Kapitel 5.2.** aufgelisteten Forschungsfragen beantwortet werden können. Dazu ergeben sich aus dem Material insgesamt **9 Hauptkategorien: 1.)** Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe, **2.)** Die Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk, **3.)** Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team, **4.)** Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess, **5.)** Effekte der

therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure, **6.)** Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe, **7.)** Qualitätssicherung und Evaluation, **8.)** Potenziale des therapeutischen Angebotes und **9.)** Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie.

Im Kategoriensystem wird ersichtlich, dass sich einige Interviewsequenzen mehreren Hauptkategorien zuordnen lassen. Andere Interviewaussagen können hingegen keiner Hauptkategorie zugeordnet werden. Bei der Durcharbeitung des Textmaterials wurde sich aufgrund der Fülle des Gesagten zunächst dafür entschieden, Subkategorien zu bilden, welche zur Bildung der Hauptkategorien nützten. Jedes Leitfadeninterview entspricht einer *Auswertungseinheit*. Die Gesamtheit aller Interviews entspricht demzufolge der gesamten Auswertungseinheit, auf dessen Grundlage das Kategoriensystem entwickelt wurde. Als *Kontexteinheit* ist jede vollständige und dem Kontext der Frage entsprechende Antwort des Befragten zu verstehen.

In den folgenden Kapiteln wird das Textmaterial entsprechend der Kategorisierung und hinsichtlich der Forschungsfragen interpretiert. Besonders wichtige Begrifflichkeiten werden zur Übersichtlichkeit in fett gedruckter Schrift hervorgehoben. Am Ende eines jeden Kapitels erfolgt eine Zusammenfassung zentraler Ergebnisse in kursiver Schrift.

5.6.1. Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe

Diese Kategorie greift die Besonderheiten der therapeutischen Arbeit mit der spezifischen Zielgruppe der jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe auf, insbesondere aus der Heimerziehung. Besonderheiten der therapeutischen Arbeit und erhöhte Anforderungen an die Therapeutenpersönlichkeit ergeben sich vor allem aus der **spezifischen Zielgruppe** und den **Problem- und Lebenslagen der jungen Menschen und Familien**. Diese gestalten sich vermehrt komplex und bringen spezifische Hilfebedarfe mit sich. In der Fachliteratur wird immer wieder von einer erhöhten Vulnerabilität zur Entstehung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe gesprochen. Schüller schreibt in seinem Review zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Pflegefamilien oder Jugendhilfeeinrichtungen etwa, dass diese ein signifikant höheres Risiko für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung im weiteren Lebensverlauf hätten (Vgl. Schüller, 2022, S.24). Eine höhere Prävalenz zur Entstehung psychischer Krankheiten ergebe sich beispielsweise durch instabile Beziehungserfahrungen oder Vernachlässigung im Lebensverlauf und gingen aufgrund der Fülle von negativen Lebensereignissen mit schweren Symptomen und komorbiden Störungen einher (Vgl. ebd., S.25).

Als besonders eindrücklich für die Komplexität und das Ausmaß von Bedürfnisaufschub und -vernachlässigung erscheint mir bei der Befragung einer Bezugsbetreuerin aus der Wohngruppe folgende Aussage: *„Zum Beispiel, dass Kinder bis zum fünften Lebensjahr auf der Straße gelebt haben und dann natürlich Dinge gelernt haben: wie sie sich Nahrung beschaffen oder solche Dinge. Und das ist natürlich in einem gewissen Lebensalter mit fünf oder sechs Jahren dann sehr schwer, das dann im Alltäglichen umzustellen, weil das einfach die Erfahrung der Kinder war, mit denen sie auch überleben mussten/ konnten (4/13).“*

Die Therapeutin des Heimverbundes bestätigt die **Komplexität einiger Fälle** und gibt an, dass sie mit Kindern und Jugendlichen zusammenarbeite, welche „[...] teilweise schon schwerste traumatische Erfahrungen haben. Die also aus der Anamnese heraus schon über Dispositionen sehr ungünstige Bedingungen haben. Familien, die aufgrund ihres Sozialstatus` am unteren Ende der Gesellschaft also leben müssen. Das sind Familien zum großen Teil, wo es also psychische Störungsbilder beider Eltern oder eines Elternteils vorhanden ist/ sind. Was sich natürlich auf die Kinder auswirkt. [...] (6/7).“ Zu typischen Störungsbildern zähle laut Therapeutin ein breites Spektrum, zu welchem unter anderem beginnende Borderlinesymptomatiken gepaart mit Depressionen, Essstörungen, Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen, Enuresis und Enkopresis, Autismus und ein hoher Prozentsatz an Verhaltensstörungen gehörten (Vgl. 6/9). Die Klassifikation erfolge anhand des ICD-10, werde aber nicht bei den Krankenkassen angegeben, da die Bewilligung nicht durch ein Gutachterverfahren laufe und die Abrechnung nicht über die Krankenkasse erfolge. Die Abrechnung erfolge über eine pauschale Finanzierung mit dem Jugendamt Chemnitz. Im Vordergrund der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen und Familien stünden das gezeigte Verhalten und die Ziele der jungen Menschen und Eltern (Vgl. 6/10). Die **pauschale Abrechnung der Therapiestunden über die Finanzabteilung des Jugendamtes** stellt eine Besonderheit der therapeutischen Arbeit im KJF e.V. dar und inkludiert, dass Diagnosen der Kinder und Jugendlichen nicht bei den Krankenkassen angegeben werden. Hinsichtlich einer bereits subjektiv erlebten Etikettierung von jungen Menschen und Familien durch die Inanspruchnahme stationärer Jugendhilfe könnte es von Vorteil für diese Zielgruppe sein, dass Defizite nicht auch noch im Krankenkassensystem vermerkt werden in Form von sogenannten F-Diagnosen.

Im therapeutischen Alltag der Therapeutin handle es sich stets um junge Menschen, bei denen eine **Fremdunterbringung in einer Wohngruppe (WG)** notwendig geworden sei. Die Entwicklungs- und Lebensbedingungen der jungen Menschen in der Ursprungsfamilie seien aus unterschiedlichen Gründen nicht ausreichend gewesen zum Verbleib in der Familie. Diese beeinflussen auch die Bildungschancen dieser Kinder, sodass sich dies negativ auf deren Bildungsstand auswirken kann. Besonders herauszustellen sind hier vor allem **Defizite im Bereich emotionaler Intelligenz**, welche nicht ausreichend gefördert wurde durch die Bindungsperson und das familiäre Umfeld. In ihrer therapeutischen Arbeit mit den jungen Menschen sei ein **hohes Maß an Netzwerkarbeit und Motivation** des jungen Menschen und der Eltern für die Therapie notwendig. Grund dafür seien unter anderem negative Therapieerfahrungen (u.a. in Kliniken) oder ein negatives Narrativ von Jugendhilfe und Therapie, welches bei diesen Familien vorherrsche oder im Verlauf entstanden sei (Vgl. 6/7).

Eine besondere Herausforderung in der pädagogischen und therapeutischen Arbeit stelle daher der **Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbasis** dar, da sich die **Kinder und Familien auch in Zwangskontexten in der Jugendhilfemaßnahme (WG)** befänden laut ASD-Fachkraft (Vgl. 1/12). Zudem hätten die Kinder teilweise bereits traumatische Erfahrungen oder viele Bindungsabbrüche hinter sich gebracht. Der junge Mensch bringe diesbezüglich oft ein eingeschränktes Vertrauen in seine Mitmenschen mit, was eine längere Beziehungsanbahnung in der Therapie bedeute (Vgl. 3/8). Bindung wurde für diese Menschen folglich oft als nicht stabil oder gar bedrohlich erlebt. Die Therapeutin des Heimverbundes stellt in diesem Zusammenhang die enorme Wichtigkeit auf **flexible**

Ausgestaltung des Therapieprozesses heraus. In der Probatorik ihrer Therapieprozesse stünde vor allem der Beziehungsaufbau an erster Stelle. Der Einsatz diagnostischer Instrumente richte sich vordergründig nach Therapiemotivation und Offenheit der jungen Menschen für den therapeutischen Prozess. Die Erfahrung habe gezeigt, dass frühe Testungen die jungen Menschen und Eltern eher verunsicherten und einer komplementären und feinfühligem Beziehungsgestaltung wenig zuträglich seien. Sie fasst dies wie folgt zusammen: *„Ja, es hat also nicht so einen klinischen [...] Charakter- so einen Arztcharakter. Ich denke, es ist einfach eine lockerere Atmosphäre (6/30).“*

Aus den Interviews mit allen Hilfebeteiligten ergeben sich nicht nur hinsichtlich des Beziehungsaufbaus spezifische Anforderungen an die Therapeutin. Im Zuge therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe stellt es eine Herausforderung an die Therapeutin dar, eine gute Abstimmung zwischen angemessenen Konsequenzen für das Versäumen von Therapiestunden und Verständnis für die komplexen Lebenslagen des jungen Menschen zu finden. Für die konkrete **therapeutische Beziehungsarbeit** bedeutet das, bindungsorientiert und gleichzeitig konsequent und rahmengebend zu arbeiten. Eine Mutter benennt in ihrem Interview, dass sie die teils eingeschränkte Therapiemotivation und Terminwahrnehmung ihres Sohnes mit Sorge betrachtet habe. Sie habe es seitens der Therapeutin jedoch als förderlich erlebt, dass diese ihm dennoch immer wieder Möglichkeiten zur Wahrnehmung der Therapie eingeräumt und Verständnis gezeigt habe (Vgl. 10/12). Neben der therapeutischen Begleitung ihres Sohnes im Verein habe die stationäre Unterbringung ihres Sohnes in einer Wohngruppe des KJF e.V. ebenfalls Entlastung im Familiensystem gebracht und Entwicklungsräume für Mutter und Kind eröffnet (Vgl. 10/4).

Aus dem Interview mit ihr wird die **Komplexität einiger Lebenslagen** und den sich daraus ergebenden Hilfebedarfen ersichtlich. Die Mutter beschreibt in ihrem Interview die komplexe Lebenslage ihrer Familie, welche sich aus der Scheidung von ihr und dem Kindesvater; aus dem sexuellen Verhältnis ihres ehemaligen Partners mit ihrer Tochter; dem Drogenkonsum ihrer Tochter und den Herausforderungen einer eigenen posttraumatischen Belastungsstörung ergeben habe. Aufgrund der Lebenssituation und zum Schutz ihres Sohnes habe sie sich bereits frühzeitig um die Einbindung ihres Sohnes in die damals bestehende ambulante Familienhilfe bemüht. Als sich gezeigt habe, dass die ambulante Hilfe nicht ausreiche, sei ihr Sohn mit ihrem Einverständnis in eine Wohngruppe des KJF e.V. gezogen. Das Therapieangebot des Heimverbundes des KJF habe er wegen eines ausgeprägten Schulabsentismus aufgrund enormer Schulangst und panikähnlicher Symptome in Anspruch genommen. Zudem sei es in der Therapie aus Sicht der Mutter um die Verarbeitung der belastenden Lebensereignisse gegangen. Das Fernziel einer **Rückführung** des Sohnes habe die stationäre und therapeutische Maßnahme begleitet. Im Verlauf habe sich jedoch gezeigt, dass eine Rückführung wegen Überforderung der Kindesmutter und komplexer Hilfebedarfe des Jugendlichen noch nicht möglich sei (Vgl. 10/5).

Eine **freiwillige Inanspruchnahme der stationären Heimerziehung und therapeutischen Hilfe** des Heimverbundes kann als Potenzial und Vorteil für einen erfolgreichen Verlauf einer Gesamthilfe herausgestellt werden. Diese Freiwilligkeit zur Mitarbeit wird ebenfalls im

Interview mit einer weiteren Mutter beschrieben. In ihrem Falle hätten sie und ihr Sohn sich für eine Fremdunterbringung in einer Wohngruppe des KJF e.V. entschieden, da die Mutter dem problematischen Verhalten ihres Sohnes keine adäquaten Strategien mehr hätte entgegensetzen können und anstatt dessen Gewalt angewendet habe. Ihr Sohn habe aufgrund des aggressiven und respektlosen Modellverhaltens des neuen Partners ebenso aggressives Verhalten gegenüber der Mutter und dem Geschwisterkind entwickelt. Er habe beispielsweise Sachen mutwillig zerstört und sich amüsiert über die Bemühungen der Mutter, die die Sachen habe bauen wollen. Sie habe sich nach Anwendung der Gewalt sofort an das Jugendamt gewandt, um ihren Sohn zu schützen. Beide hätten sich die Wohngruppe dann gemeinsam angeschaut und sich für die Unterbringung des Jungen beim KJF entschieden. Die **räumliche Trennung** sei von Mutter und Sohn **als Hilfe** empfunden worden, um wieder zueinander zu finden. Die sozialpädagogische Familienhilfe habe die Mutter und ihren kleineren Sohn parallel zur stationären Unterbringung des älteren Sohnes weiter begleitet. Dieser habe nach der stationären Unterbringung das therapeutische Angebot des KJF in Anspruch genommen, sein Selbstwertgefühl und seine Emotionsregulationsstrategien weiterentwickelt. Es seien aus Sicht der Mutter kreative Methoden wie die „Emotionsfernbedienung“ zum Einsatz gekommen (Vgl. 8/3).

Aus diesen Beschreibungen wird deutlich, dass die Problemlagen der jungen Menschen und Familien in der Jugendhilfe derartige fachliche Herausforderungen mit sich bringen, dass diese eine **Verbindung aus stationärer und ambulanter pädagogischer Hilfe sowie therapeutischer Anbindung** benötigen. Derzeitige Einsparungsbemühungen durch das Jugendamt stehen diesen komplexen Hilfebedarfen von Kindern, Jugendlichen und deren Familien gegenüber. In diesem Kontext erscheint es besonders interessant, dass das Jugendamt Chemnitz dazu bereit ist, ambulante, stationäre und therapeutische Hilfen gleichzeitig zu bewilligen, um ein allumfassendes Hilfenetz zu errichten. Eine pädagogische Fachkraft aus einer Wohngruppe sagt dazu: *„Weil wir das Kind in dieser Intensivität nicht betreuen können, gibt es auch diese Einzelfallhilfe noch dazu, die uns da sehr gut hilft und auch an den Sachen mitarbeitet, die in Absprache mit [der Therapeutin] [...] und uns als Wohngruppe da auch die vom Jugendamt gestellten Ziele erarbeiten und umsetzen können (5/4).“*

Im Vorfeld der stationären Unterbringung ist in vielen Familien bereits ambulante Hilfe erfolgt. Dies entspricht dem **Subsidiaritätsprinzip**, welches auch im sozialen Sektor darin verstanden wird, dass die Angemessenheit niedrigschwelliger Maßnahmen zunächst geprüft werden muss, bevor hochschwellige und tiefgreifendere Maßnahmen (z.B. stationäre Unterbringung) genutzt werden. **Ambulante Hilfen** reichen in einigen Fällen jedoch nicht aus, sodass diese in eine **stationäre Unterbringung** des jungen Menschen umgewandelt werden müssen. Die Fremdunterbringung der Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen im Rahmen des §34 SGB VIII zur Heimerziehung oder sonstigen betreuten Wohnform ist in diesem Zusammenhang als Einflussfaktor für pädagogische sowie therapeutische Hilfeziele zu sehen. Laut einer ASD-Fachkraft würden Hilfeziele immer individuell gestaltet und auf die Bedarfe des Kindes und der Familie angepasst. Eines der Gesamtziele beider Hilfemaßnahmen (pädagogisch und therapeutisch) sei es oftmals, eine Rückführung des jungen Menschen durch Netzwerkerschließung und familiäre Ressourcen zu erarbeiten (Vgl. 1/8). Für die therapeutische Arbeit bedeutet das, eine gute Abstimmung zwischen

Stabilisierung und Verhaltensänderung des jungen Menschen und Förderung der elterlichen Kompetenzen zu erreichen. Dies kann nur unter Einbezug des familiären Umfeldes gelingen, sodass eine intensive Eltern- und Bezugspersonenarbeit allein durch die Rückführungsidee intendiert und maßgeblich beeinflusst wird.

Eine ASD-Mitarbeiterin stellt die **Besonderheit der spezifischen Zielgruppe der Heimkinder** heraus und erklärt, dass das therapeutische Angebot des KJF e.V. ausschließlich Kindern und Jugendlichen aus dem stationären Bereich des KJF e.V. zur Verfügung stehe. Es werde demnach von Kindern, Jugendlichen und Familien in schwierigen und prekären Lebenslagen in Anspruch genommen, wo beispielsweise der Hintergrund einer vorherigen, **unfreiwilligen Fremdunterbringung** berücksichtigt werden müsse. Nicht nur in der therapeutischen, sondern auch in der pädagogischen Arbeit (z.B. im Hilfeplangespräch) bedürfe es daher viel Fingerspitzengefühl (Vgl. 1/12). Neben profanen Hilfebedarfen wie schulischen Bedarfen, Bedarfen in der Alltags- und Freizeitgestaltung und gesundheitlichen Bedarfen (physisch/psychisch) sei der Wunsch der Kinder meist besonders stark ausgeprägt, ihre Eltern zu sehen während der außerhäuslichen Unterbringung und zu diesen zurückzuziehen (Vgl. 1/13). Die Gründe für die Herausnahme der jungen Menschen aus den Ursprungsfamilien sind vielseitig und werden von einer weiteren ASD- Fachkraft wie folgt zusammengefasst: *„Und stationäre Hilfe kommt ja nur in Frage, wenn sozusagen ambulante Hilfeformen vielleicht nicht mehr ausgereicht haben, oder ein Elternteil fällt weg. Es gibt ja verschiedene Gründe, warum stationäre Hilfe in Anspruch genommen wird. Es gibt auch Einzelfälle [...], wo Elternteile versterben und keine anderen familiären Ressourcen bestehen, [...]. Oder ein Elternteil ist ganz doll krank und geht ins Krankenhaus- also unverschuldetes Versagen. Oder manche gehen in Haft - das ist schon verschuldet- [...]. Und [...], dass die Eltern so weit eingeschränkt sind in ihren Erziehungskompetenzen, dass das Kind in seinem Haushalt nicht verbleiben kann (2/3).“* Eine andere ASD-Fachkraft ergänzt die Auflistung der **vielfältigen Problemlagen** und gibt beispielsweise Vermüllungstendenzen der Eltern, Übergriffigkeit der Eltern am Kind, Überforderungstendenzen und Beziehungsprobleme der Eltern, Parentifizierungstendenzen, übermäßiger Drogen- und Alkoholkonsum und weitere psychische Erkrankungen der Eltern an (Vgl. 3/10). Diese Problemlagen zeigen, dass die Hauptursachen der psychischen Auffälligkeiten der jungen Menschen meist im Kontext ihrer familiären Gegebenheiten zu betrachten sind und einen Einbezug des familiären Umfeldes unbedingt intendieren. Eine Bezugsbetreuerin aus einer Wohngruppe weist in diesem Zusammenhang auf die **Größe und Komplexität einiger Familiensysteme** hin und sagt: *„Also oftmals ist es natürlich ein sehr großes Familiensystem, auch mit Stiefgeschwistern zum Beispiel (4/4).“* Es sei es durch die Therapeutin abzuwägen, welche Familienmitglieder eine Ressource für das Kind darstellten und deshalb in den Hilfeprozess einbezogen werden könnten. Die Einbindung des Netzwerkes erfolge laut Therapeutin des Heimverbundes bereits im Zuge der Probatorik, sodass beispielsweise die Auswertung der Fragebögen und Testungen nach der Probatorik mit den Kindern und Jugendlichen, den Eltern, den WG-Kollegen oder ggf. auch mit Vormündern durchgeführt werde (Vgl. 6/10). Die **Intensität der Eltern- und Bezugspersonenarbeit** kann ganz allgemein als besonderes Merkmal der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen und Familien in der Jugendhilfe herausgestellt werden. Ein Einbezug des Umfeldes in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist

ebenso erwünscht und gefordert, unterscheidet sich jedoch eigenen Praxiserfahrungen nach in seiner Intensität und Ausgestaltung von der Bezugsarbeit in der KJHG-Therapie.

Ein Jugendlicher bestätigt einen engen Einbezug seiner Mutter, Schwester, Patenoma und seines Vaters in die Therapie und benennt, dass die Einbindung seines familiären Systems nicht nur im Sinne der Bezugspersonenarbeit, sondern auch im Sinne eines begleiteten Umgangs zwischen ihm und seinen Eltern im therapeutischen Setting stattgefunden habe. Die Umgangsbegleitung ist dabei als Leistung der Kinder- und Jugendhilfe im §18 SGB VIII geregelt und wird in den §§ 1684 Abs. 4 und 1685 BGB zu Grunde gelegt. Die Therapeutin oder die pädagogischen Fachkräfte fungieren beim begleiteten Umgang als „neutrale“ Person, welche das Kindeswohl im Kontakt mit dem Umgangsberechtigten (z.B. Eltern) sicherstellen sollen. Hauptaufgabe der Therapeutin oder anderer professioneller Begleiter ist es, die Kinder im Kontakt mit ihren Eltern beim Umgang mit Entfremdung, Ambivalenzen, Loyalitätskonflikten, Schuldgefühlen oder Überforderungsgefühlen zu unterstützen und Eltern gegebenenfalls bei ihrer Gesprächsführung mit dem Kind anzuleiten (Vgl. BERATUNG.DE, 2022). Zudem können Ressourcen für eine weitere Förderung der Eltern-Kind-Beziehung ergründet und im weiteren Verlauf genutzt werden. Die **Umgangsbegleitung im therapeutischen Setting** kann als Besonderheit der Therapie mit jungen Menschen und Familien in der Jugendhilfe begriffen werden und stellt enorme fachliche Anforderungen an die Therapeutenpersönlichkeit dar. Die Therapeutin ist dazu angehalten, in einer Doppelfunktion zu fungieren, nämlich als Therapeutin/ Unterstützerin des jungen Menschen und als „neutrale“ Begleitperson. Dies kann eine Schwierigkeit darstellen und zur Rollenfusion führen. Andernfalls kann die Begleitung des Umgangs durch die Therapeutin auch als gewinnbringend betrachtet werden, wenn das Ziel des begleiteten Umgangs beispielsweise in der unmittelbaren Erarbeitung einer gemeinsamen, familiären Kommunikationsstruktur liegt und als familientherapeutische Arbeit vorgesehen ist. Die Umgangsbegleitung wird dann als Teil der Therapie betrachtet. Geplante Umgänge werden im therapeutischen Setting mit den Umgangsberechtigten im Rahmen einer separaten Stunde vorbereitet.

Eine weitere Besonderheit der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen in der Jugendhilfe stellen im therapeutischen Angebot des KJF die **Dauer der Therapiestunde von mindestens 60 Minuten** und die **Flexibilität bei der Terminierung und Frequentierung** der Therapiestunden dar. In der Therapie mit den jungen Menschen aus der Jugendhilfe sollte der Förderung der Grundbedürfnisse aus Sicht der Therapeutin ein besonders hoher Stellenwert entgegengebracht werden. Zu den vier Grundbedürfnissen nach Claus Grawe zählen dabei: Lustgewinn & Unlustvermeidung; Orientierung & Kontrolle; Selbstwertschutz & Selbstwerterhöhung sowie Bindung (Vgl. Borg-Laufs, 2012, S. 6-18). Die Therapeutin beschreibt, dass sie die Therapiezeit im Gegensatz zum ambulant üblichen Zeitrahmen von 50 Minuten auf mindestens 60 Minuten angepasst habe, um Kindern und Jugendlichen aus deren Bedürftigkeit heraus die Spielzeit am Ende der Therapiestunde in jedem Falle zu ermöglichen (Vgl. 6/6). In diesem Sinne entspricht die Therapeutin dem Bedürfnis nach Orientierung durch Gestaltung eines festen Zeitrahmens, lässt der Förderung des Lustprinzips im Sinne des Spielens jedoch einen ebenso festen Raum zukommen. Ein Jugendlicher gibt in dessen Interview an, dass ihm das Spielen in der Therapie am meisten Freude bereite und immer fester Bestandteil der Therapie sei. Dem Abschlussspiel gingen

beispielsweise eine Wochenreflexion oder Gespräche zu den Eltern voraus. Zu den Spielen in der Therapie gehörten Regelspiele oder auch das freie Spiel mit Playmobil und dem Puppenhaus (Vgl. 11/8). Ein ehemaliger „Patient“ der Therapeutin habe die jeweiligen Therapiestunden sogar als noch umfangreicher empfunden und gibt an: „Also eine Therapiestunde war glaube ich eine 1 1/2 Stunde und immer dann jede Woche (9/7)“. Zudem sei eine flexible Terminierung der Therapiestunden möglich gewesen je nach Stundenplan und Schulschluss (Vgl. 9/7). Die Therapeutin sei nach Aussage eines weiteren jungen Menschen im Interview flexibel in der Frequentierung der Therapiestunden gewesen und habe diesem bei freien Kapazitäten in schwierigen Lebens- oder Konfliktsituationen auch 2 Therapiestunden pro Woche anbieten können (Vgl. 11/7).

Zusammenfassung: *Trotz der erhöhten Prävalenz zur Entstehung psychischer Auffälligkeiten und den teils komplexen Therapiebedarfen wird die „Hochrisikogruppe“ der (Pflege- und) Heimkinder in therapeutischen Interventionsstudien und im Gesundheitssystem kaum berücksichtigt (Vgl. Schüller, 2022, S. 31). Der Heimverbund des KJF e.V. stellt sich den besonderen Herausforderungen der jungen Menschen in der Heimerziehung und hat dazu das therapeutische Angebot bereits 2013 eingerichtet (Vgl. 7/2). Besonderheiten in der therapeutischen Arbeit mit diesen jungen Menschen und Familien ergeben sich zusammenfassend in der spezifischen Zielgruppe an sich, da diese mit komplexen Lebens- und Problemlagen in die Therapie kommen, welche wiederum vielfältige pädagogische und therapeutische Hilfebedarfe und Interventionsstrategien erfordern. Die Umgangsbegleitung im therapeutischen Setting stellt in diesem Kontext eine besondere Intervention dar, welche in der ambulanten Psychotherapie eher nicht zum Tragen kommt. Die freiwillige und vor allem im Zwangskontext stattfindende Fremdunterbringung der jungen Menschen muss als besondere Herausforderung beim Aufbau einer therapeutischen Arbeitsbeziehung gesehen werden. Im therapeutischen Angebot des KJF e.V. sieht sich die Therapeutin im Gegensatz zur ambulanten Therapie mit einem höheren Maß an Motivationsarbeit der jungen Menschen und Familien konfrontiert. Bei der therapeutischen Arbeit im KJF e.V. geschieht zudem ein Zusammenfluss pädagogischer und therapeutischer Ziele, welche im Sinne einer Rückführungsidee eine intensive Eltern- und Bezugspersonenarbeit mit einem großen Hilfenetzwerk intendieren. Die Komplexität und Größe der Hilfenetzwerke stellen dabei eine Besonderheit der therapeutischen Arbeit dar. Ebenso stellt die Möglichkeit auf flexible Ausgestaltung des Therapieprozesses bei der Frequentierung und Dauer der Therapiestunden ein besonderes Merkmal dar. Diese Möglichkeit entsteht infolge der pauschalen Finanzierung des Therapieangebotes durch das Jugendamt ohne Festschreibung einer F-Diagnose im Krankenkassensystem.*

5.6.2. Die Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk

„Die Erziehung in Heimen und sonstigen betreuten Wohnformen verlangt heute mehr denn je eine hohe Professionalität der Fachkräfte, welche diesem Anspruch innerhalb des sozialpädagogischen Arbeitsfeldes in der Regel auch entsprechen können (Günder & Nowacki, 2020, S.13).“ Die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Netzwerk stellt dabei einen der wichtigsten Eckpfeiler professioneller Arbeit in der Heimerziehung dar und soll in

diesem Kapitel behandelt werden. Dies geschieht am Beispiel pädagogischer und therapeutischer Arbeit im KJF e.V., bei welcher unterschiedlichste Akteure im Netzwerk zur Bedeutung und konkreten Ausgestaltung der multiprofessionellen Zusammenarbeit befragt wurden. Das Kapitel wird der Übersichtlichkeit wegen in folgende Überschriften unterteilt: *Bedeutungszuschreibungen zur Netzwerkarbeit, Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit, Multiprofessioneller Austausch mit der Leitungsebene, Multiprofessioneller Austausch in Teambesprechungen, Multiprofessioneller Austausch im Hilfeplangespräch, Multiprofessioneller Austausch als Arbeitserleichterung und präventive Maßnahme gegen Überforderung der pädagogischen Fachkräfte.*

Bedeutungszuschreibungen zur Netzwerkarbeit:

Eine ASD-Fachkraft sieht die Bedeutung eines Netzwerkes wie folgt: *„Netzwerk ist für mich persönlich: Zeit haben, sich auch zwischendurch mal zu hören und zu sprechen. Zeit nehmen dafür. (1/16)“*. Sie deutet an, dass vor allem die Bereitstellung zeitlicher Ressourcen ein wichtiger Faktor für gute Zusammenarbeit ist. Dies könne beispielsweise durch persönliche Gespräche, Telefonate, professionelle Tür- und Angelgespräche und Mailaustausch (u.a. Sammelmails) stattfinden, um einen jeweils guten Überblick über die Entwicklungen und sich verändernden Bedarfe des jungen Menschen zu erhalten. In einem Netzwerk habe dabei jeder Akteur seinen Anteil, um einen Hilfeverlauf flüssig zu gestalten (Vgl. 1/16). Eine weitere ASD-Fachkraft sieht die Hauptpunkte einer guten Zusammenarbeit im Netzwerk vor allem durch **regelmäßigen Austausch mit kompetenten Fachkräften** erfüllt, die ein **sicheres Rollenverständnis** besitzen. Dies bedeute *„Agieren statt Reagieren“* und sehe die Ausgestaltung kritischer und konstruktiver Meinungsdiskurse vor, ohne dass Kränkungen die weitere Zusammenarbeit unnötig behinderten (Vgl. 2/11). Die Therapeutin des Heimverbundes schließt sich dieser Auffassung der ASD-Mitarbeiterin an und wünscht sich im Zuge der Zusammenarbeit im Netzwerk, dass die Netzwerkteilnehmer ihr eigenes Ressort bedienen können und dennoch einen **ressortübergreifenden Blick** haben, um passende Abstimmungen mit anderen Teilnehmern zu finden. Gute Abstimmungen zwischen den Fachkräften seien notwendig und besonders wichtig, *„[u]m einfach Kinder oder junge Menschen oder Eltern nicht in Ambivalenzen zu bringen. Was gerade auch bei bestimmten Störungsbildern- gerade bei Borderlinestrukturen oder bei Verhaltensauffälligkeiten- sehr viel Schaden anrichten kann, ja (6/23).“*. Abstimmungen und Austausch im Netzwerk seien ebenfalls notwendig, um **die in der Therapie erarbeiteten Methodiken und Dinge in den Lebensalltag des jungen Menschen und der Eltern zu transferieren** und diese durch immer wiederkehrende Impulse der Fachkräfte zu festigen. Bei der Ausgestaltung der Zusammenarbeit im Netzwerk sei aus Sicht der Therapeutin besonders darauf zu achten, dass es eine **Gleichstellung aller Professionen** gebe. Die Fachkräfte unterschiedlicher Professionen sollten an einem, gemeinsamen Gesamtziel arbeiten (Vgl. 6/23). Einer guten Netzwerkarbeit lässt die Fachkraft aus der Wohngruppe eine ähnliche Bedeutungszuschreibung zukommen, welche vor allem eine **zeitnahe und adressatengenaue Übermittlung von Informationen** sowie die Gewährleistung von Erreichbarkeit aller Beteiligten im Netzwerk vorsieht. Auch die **Schaffung von Vertretungssituationen** dürfe im Sinne einer guten Netzwerkarbeit nicht vernachlässigt werden, damit ein Austausch in Krankheitssituationen weiterhin gewährleistet werden könne und das Netzwerk im Sinne einer zeitnahen Klärung wichtiger Angelegenheiten für den jungen Menschen nicht ins

Stocken gerate (Vgl. 4/16). Aus Sicht einer anderen pädagogischen Fachkraft aus einer Wohngruppe sei Netzwerkarbeit bereits trägerintern ein großes Feld, da es um die **Verknüpfung verschiedener Hilfebereiche**- dem ambulanten, stationären, therapeutischen, familientherapeutischen- gehe. Der Netzwerkbegriff schließe aber auch trägerübergreifende Kooperationen ein, z.B. mit dem ASD, oder Gruppenangeboten anderer Träger. Die Chemnitzer Hilfelandschaft schätze die Fachkraft als gut vernetzt ein (Vgl. 5/13).

Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit:

In der Befragung einer Mutter benennt diese, dass die Ausgestaltung der Zusammenarbeit im Netzwerk außergewöhnlich gut verlaufen sei. *„Also es hat alles, wirklich alles, super wie ein Zahnrad ineinandergegriffen (8/20).“* Die Befragung einer weiteren Mutter verdeutlicht außerdem, dass die trägerinterne Vernetzung der Fachkräfte des KJF aus dem ambulanten, stationären und therapeutischen Bereich **Vertrauen bei den Hilfeempfängern** schafft. Für die Therapieanbindung ihres Sohnes bei der Therapeutin des Heimverbundes des KJF e.V. habe sich die Mutter auf Grundlage positiver Erfahrungsberichte und auf Empfehlung durch die ambulante Familienhelferin entschieden (Vgl. 10/10). Aus ihren Schilderungen geht hervor, dass die Zusammenarbeit zwischen der Therapeutin und den Familienhelfern sehr eng gewesen sei im Hilfeverlauf. Diese hätten sich im Rahmen von **Bezugspersonengesprächen im therapeutischen Setting** regelmäßig ausgetauscht. Den subjektiv empfundenen Effekt multiprofessioneller Zusammenarbeit beschreibt sie so: *„Die [Familienhelfer] haben ja die pädagogische Sicht drauf. Und die [...] [Therapeutin] hat ja die psychologische Sicht. Und wenn man das verbindet, dann entsteht was ganz Tolles. Wenn man aber eben nur das Pädagogische hat, dann funktioniert es nicht. Und wenn man nur das Psychologische hat, dann funktioniert es auch nicht (10/18).“*

Zwischen der Therapeutin und den Fachkräften der Wohngruppen erfolgen laut Pädagogin aus dem stationären Bereich regelmäßige Absprachen in Form von kurzen Telefonaten, persönliche Therapiegespräche mit dem Kind und der Fachkraft oder **Fachgespräche ohne Anwesenheit des jungen Menschen** (Vgl. 4/6). Das therapeutische Angebot werde seitens eines anderen Bezugsbetreuers aus der Wohngruppe als fester Bestandteil im Gesamthilfeprozess begriffen. Die Fachkraft aus der WG arbeite schon seit langer Zeit eng mit der Therapeutin des Heimverbundes zusammen. Der Austausch sei zeitweise so intensiv mit der Therapeutin, dass er täglich oder wöchentlich stattfinde (Vgl. 5/1). Weitere Schnittstellen gebe es zudem mit Helfern aus dem ambulanten Bereich, welche in dessen Bezugshilfe ebenfalls eng eingebunden würden durch die Therapeutin. Es entstehe dementsprechend ein Austausch zwischen stationärer Hilfe, ambulanter Hilfe und Therapeutin, sodass Informationen gut zusammenliefen und Hilfebedarfe allumfassend betrachtet werden können (Vgl. 5/4). Eine Bündelung von wichtigen, die jungen Menschen betreffenden Informationen, sei bereits **intraprofessionell** unter den verschiedenen Mitarbeitern der Wohngruppe eine Herausforderung. Ein **interprofessioneller Zusammenfluss der Informationen** könne dementsprechend nur erreicht werden, indem *„[...] man halt immer eng vernetzt arbeitet und schaut, was aktuell unser Wissen über die Schule ist oder über die Elternebene oder was für Probleme da eben gerade herrschen. Und dass vielleicht eben auch die Therapeutin uns über Dinge informiert, die ganz (...) spezifisch angesprochen werden, die wir aber so im Alltag aber nicht wahrnehmen konnten (4/10).“*

Ein Jugendlicher bestätigt die Umsetzung eines engen multiprofessionellen Austausches zwischen Therapeutin und Pädagogen in seiner Wohngruppe mit folgendem Zitat: *„Die telefonieren...also die sind im sehr guten Austausch miteinander, finde ich. [...] Die [Therapeutin] ist halt immer gut informiert, deshalb denke ich das (11/16).“*

Aus Sicht einer ASD-Fachkraft nimmt nicht nur der Austausch zwischen Therapeutin und Wohngruppe eine große Bedeutung ein. Absprachen und Rückläufe von Informationen seien nötig von allen Beteiligten im Netzwerk (Vgl. 1/1). Ergänzt wird diese Aussage durch eine subjektive Sicht ihrer Kollegin im Jugendamt. Diese bekräftigt: *„Ich habe eine so enge Arbeitsbeziehung zur [Therapeutin], dass ich immer informiert werde (2/12).“*. Auch die pädagogische Fachkraft aus der WG schätzt den Informationsfluss im Hilfenetzwerk als gut ein, insbesondere in Krisensituationen. Er äußert sich folgendermaßen: *„Wenn wirklich wichtige Krisenfälle sind, dann ist wirklich immer ein Telefonkontakt zu allen am Hilfeprozess Beteiligten möglich. Auch Schule und Horteinrichtungen sind dann mit betroffen, die wir informieren (5/14).“*. Alle Hilfebeteiligten bestätigen die Wichtigkeit einer guten Kommunikation im Hilfeprozess. Eine ASD-Fachkraft macht jedoch in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass nicht die Quantität, sondern Qualität der Kommunikation entscheidend sei. Aus diesem Grund sei das Maß des Austausches angemessen anzupassen an den Gesprächsbedarf. Zudem sollten alle Professionen und Hilfebeteiligte gleichermaßen einbezogen werden, sodass keine ausgeprägten Informationslücken bei Einzelnen zustande kämen (Vgl. 3/17). Die Therapeutin habe erfahrungsgemäß den besten Einblick in die Gefühlswelten der Kinder und Jugendlichen, sodass der Austausch mit ihr hilfreich sei im Hilfeprozess. Die Therapie stelle einen exklusiven und vertrauensvollen Rahmen zur Reflexion der Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen dar (Vgl. 3/17) und biete einen sicheren Rahmen (Vgl. 4/3). Infolge eines guten Austausches zwischen den Fachkräften könnten das Kindeswohl geschützt und Manipulationsversuchen durch das Kind vorgebeugt oder entgegengewirkt werden (Vgl. 4/3).

Multiprofessioneller Austausch mit der Leitungsebene:

Eine Rückkopplung von Informationen zwischen Heimleitung, stellvertretender Heimleitung und Therapeutin finde regelmäßig aller 8 Wochen statt. In krisenbetroffenen Fällen sei aber auch eine flexible Frequentierung mit sofortigen Terminen möglich. In diesem Fachaustausch gehe es nach Aussage der Heimleitung vor allem darum, eine grobe Fallübersicht zur Planung von Freiplätzen und Therapiebeendigungen zu erhalten. Konkrete Therapieinhalte gebe die Therapeutin in diesem Zuge nicht preis (Vgl. 7/20). Fragen der Heimleitung an die Therapeutin seien in diesen Gesprächen beispielsweise folgende: *„Wie ist die aktuelle Situation? Klärt sich da was? Gibt es da vielleicht Fortschritte? Und wird dann dadurch auch wieder ein Platz frei? Gibt es Rückführungsmöglichkeiten zu den Eltern? (7/20).“*

Multiprofessioneller Austausch in Teamberatungen:

Die Therapeutin werde laut Bezugsbetreuer aus einer Wohngruppe regelmäßig bei Bedarf in Teamberatungen vor Ort in die Wohngruppen eingeladen (meist 1x pro Monat), wo ein Austausch zur Entwicklung der jungen Menschen unter Berücksichtigung der Hilfeziele stattfindet und Handlungsleitfäden gemeinsam weiterentwickelt würden (Vgl. 5/14). Die Bereitschaft zur Vernetzung von allen Hilfebeteiligten konzentriere und bündele alle

wichtigen Informationen, die zur Bearbeitung von Problemfeldern der jungen Menschen und Familien nötig sei (Vgl. 4/12). In Teamberatungen der Wohngruppe werde die Heimleitung vereinzelt hinzugezogen und eingeladen durch die pädagogischen Mitarbeiter, wenn es um organisatorische Entscheidungen oder Konfliktsituationen innerhalb der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team gehe. Auch die Therapeutin melde in diesen Fällen Gesprächsbedarf bei der Heimleitung an und bitte um die Teilnahme an der Teamberatung (Vgl. 7/21).

Multiprofessioneller Austausch im Hilfeplangespräch:

In den Befragungen wird deutlich, dass dem multiprofessionellen Austausch im Rahmen der Hilfeplangespräche eine wichtige Bedeutung zukommt. Die Zusammenarbeit im Netzwerk spielt teilweise bereits im Prozess der Hilfeanbahnung im Ersthilfeplan der Kinder, Jugendlichen und Familien eine wichtige Rolle. Eine ASD-Fachkraft erklärt, dass die pädagogischen und therapeutischen Bedarfe im Ersthilfeplan mit dem bestehenden Hilfenetzwerk diskutiert würden, sodass auf Grundlage dessen eine therapeutische Anbindung beim Träger in Erwägung gezogen werde. *„Wenn das alles ein Stück weit bejaht wird, dann wird besprochen, wer den Kontakt aufnimmt zum therapeutischen Angebot. Die WG. Die WG-Mitarbeiter, die auch den direkten Draht haben (1/4).“* Manchmal erfolge die Abklärung eines therapeutischen Bedarfs aber auch in anonymisierten Fallberatungen in Wohngruppen des KJF e.V., in denen die Therapeutin anwesend sei (Vgl. 3/4).

Der professionsübergreifende Austausch im Hilfeplangespräch wird zudem als außerordentlich hilfreich empfunden, um die Angemessenheit der Hilfe im Sinne der Bedarfe zu evaluieren. Laut ASD-Fachkraft informiere die Therapeutin im HPG alle Hilfebeteiligten über den groben Therapieverlauf und therapeutische Zielsetzungen mündlich (Vgl. 2/12). Schriftliche Berichte der Therapeutin gegenüber dem Jugendamt würden beispielsweise bei Begründung und Beantragung einer Inklusionsbegleitung erfolgen (Vgl. 6/12). Der Zusammenfluss der multidisziplinären Informationen mache eine multiperspektivische Sicht auf den Fall und die Koordination der Hilfe möglich und rege zur Reflexion an (Vgl. 2/12). Die ASD-Fachkraft sagt dazu: *„Und ich schätze fachlichen Austausch egal mit wem sehr, denn ich lerne auch gern dazu. Und ich bin sehr dankbar, aus therapeutischer Sicht zu hören, ob ich an alles gedacht habe im Hilfeverlauf bei der Koordination der Hilfe. (2/13).“*

Die Therapeutin versuche es eigenen Aussagen zufolge immer, eine Teilnahme an den Hilfeplangesprächen zu ermöglichen. Diese nutze sie nicht nur zur Weitergabe mündlicher Berichte über den Therapieverlauf oder zum Eruiieren weiterer Bedarfe im Gesamthilfeprozess. Sondern sie sei bestrebt, die (Teil-) Erfolge der jungen Menschen und Eltern im HPG zu benennen. Gerade im Gremium eines Hilfeplangesprächs vor dem ASD wirke sich dies als sehr selbstwertstärkend und motivierend auf die jungen Menschen und Eltern aus (Vgl. 6/23). Der Therapeutin sei es auch möglich, zu Gesprächen in die WG, also in die Lebenswelt des jungen Menschen, zu kommen (HPG, Fachgespräche oder Gespräche mit dem Kind). Die Teilnahme an Hilfeplangesprächen habe aus Sicht der Therapeutin nur Vorteile für die unmittelbare therapeutische Arbeit. Die HPG-Teilnahmen und der lebensweltorientierte Ansatz in der therapeutischen Arbeit sei jedoch immer auch mit einem zeitlichen Aufwand verbunden (Vgl. 6/27).

Multiprofessioneller Austausch als Arbeitserleichterung und präventive Maßnahme gegen Überforderung der pädagogischen Fachkräfte:

Der professionsübergreifende Austausch zwischen WG, Therapeutin und ASD wird von der ASD-Fachkraft als enorm arbeitsunterstützend und arbeitserleichternd gesehen, um eine gute Abstimmung zwischen Zielen und Ressourcen zu finden in der Hilfeplanung. Dabei fänden Austausch und Zusammenarbeit nicht nur in den Hilfeplangesprächen, sondern auch in Gesprächen zwischen den Hilfeplänen statt. Zudem sei der ASD auf die Einschätzung der WG und der Therapeutin angewiesen, da der Einblick des ASD bei der Einschätzung alltagsnaher Dinge des Kindes oder Jugendlichen stark begrenzt sei. Diese Informationen seien jedoch wichtig, um ein umfassendes Bild zu erhalten und die Hilfe bedarfsgerecht zu steuern und Hilfeziele anzupassen (Vgl. 1/10). In der Zusammenarbeit zwischen WG und Therapeutin sehe sie eine Entlastung für die pädagogischen Fachkräfte in den Wohngruppen: *„Zumal erlebe ich es zum Teil als entlastend für die Wohngruppe, die hier die alltägliche Arbeit und Herausforderung am jungen Menschen leistet, während es gut geteilt werden kann, wenn im therapeutischen Setting noch einmal anders mit den Eltern gearbeitet werden kann (1/14).“*

Dem multiprofessionellen Austausch mit der Therapeutin wird auch durch die pädagogische Fachkraft der WG als unterstützende und präventive Maßnahme gegen eine Überforderung gesehen und genutzt. Dabei initiiere die pädagogische Fachkraft den Austausch mit der Therapeutin des Heimverbundes, um pädagogisches Wissen mit therapeutischem Wissen zu erweitern oder Rückversicherungen zu gewissen Themen einzuholen (Vgl. 5/9). Weiterhin benennt die pädagogische Fachkraft aus der WG: *„Oder ich habe auch ganz oft fachliche Fragen, wo ich mein pädagogisches Handeln vielleicht professioneller gestalten will. Weil mir da manchmal Fachwissen fehlt, um zu wissen, wie kann ich umgehen mit der Thematik, die gerade aufgetaucht ist (5/9).“*

Der Erfahrungsaustausch nütze aber nicht nur ASD-Fachkraft und Pädagogen aus der Wohngruppe, sondern auch die Therapeutin nehme den multiprofessionellen Fachaustausch als enorm hilfreich für das Fallverstehen auf. Der Austausch verdeutliche Zusammenhänge und animiere die Therapeutin, eigene Hypothesen zu hinterfragen. Sie schätze die *„[...] Zusammenarbeit mit Vormündern, die Zusammenarbeit mit Pflegefamilien, um im Grunde genommen die Multiperspektive auf den Fall zu haben und nicht nur Einzelkämpfer zu sein. Und dort auch immer auch noch einmal neue Sichtweisen einnehmen zu können, nochmal neu schauen zu können (6/20).“*

Zusammenfassung: *Grundlage für die Zusammenarbeit verschiedener Fachkräfte aus derselben Profession oder unterschiedlichen Disziplinen ist ein Netzwerk, welches Raum und Struktur zur Zusammenarbeit bietet. Zu den Netzwerkakteuren in Hilfeverläufen gehören: Pädagogen aus der Wohngruppe, pädagogische Fachkräfte aus dem Jugendamt, die Therapeutin des Heimverbundes, Heimleitung sowie Eltern und junge Menschen als Hilfeempfänger therapeutischer und pädagogischer Leistungen. Der Austausch zwischen den Fachkräften im Netzwerk kann immer nur unter Einverständnis der Personensorgeberechtigten erfolgen. Laut Aussagen aller Befragten werden im Verein und vor allem im therapeutischen Angebot des KJF e.V. entsprechende Räume zum multiprofessionellen Austausch eingerichtet und ausgefüllt. So erfolgt eine*

multiprofessionelle Zusammenarbeit unter Einbezug aller Fachkräfte im Netzwerk beispielsweise in Hilfeplangesprächen. Ein intensiver Austausch zwischen Therapeutin und pädagogischen Kollegen wird zum anderen in Teamberatungen verfolgt, bei welchen die Heimleitung bei Bedarf hinzugezogen werden kann. Zum Überblick über aktuelle Entwicklungen im stationären Bereich des KJF e.V. finden zudem regelmäßige Treffen zwischen Therapeutin, Heimleitung und stellvertretender Heimleitung statt. Anders als in der ambulanten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist die Therapeutin des Heimverbundes des KJF e.V. in ihrer Netzwerkarbeit nicht an strukturelle Abrechnungsbegrenzungen durch die Krankenkassen gebunden. Dies ermöglicht ihr entgegen eines ambulanten Therapiesettings eine intensivere Arbeit mit dem familiären Umfeld des jungen Menschen und dessen professionellen Helfern auch außerhalb des Therapieraumes. Hierzu scheint es in der multiprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb des KJF e.V. ein ungeschriebenes Gesetz zu sein, dass die Therapeutin an Hilfeplangesprächen im Jugendamt oder in der WG sowie an Teamberatungen in der WG teilnimmt. Folglich wird in der therapeutischen Ausgestaltung im KJF e.V. eine hohe Lebensweltorientierung gelebt, welche in der Regel in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie infolge begrenzter Bezugspersonenstunden und fehlender Wegepauschalen nicht gewährleistet werden kann.

5.6.3. Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team

Laut eines Onlineartikels von Aktion Mensch arbeiten in multiprofessionellen Teams „[...] Berufsgruppen zusammen, die jeweils eine eigene Ausbildung, eigene Fachsprachen und ein eigenes Selbstverständnis haben. Multiprofessionelle Teams sollten über ihre unterschiedlichen Rollen und die damit verbundenen [...] Leitbilder sprechen. [...] (Aktion Mensch, 2022)“. Weitere Merkmale von Multiprofessionalität wurden bereits im Kapitel 3.4. erarbeitet und erläutert. Zum näheren Verständnis wird auf diese Ausführungen verwiesen. In diesem Kapitel soll ein Verständnis zu den Rollen und zur Aufgabenverteilung der am Hilfeprozess beteiligten Akteure des multiprofessionellen Teams aufgezeigt werden. Hierzu zählen: die Fachkräfte des ASD, die Therapeutin des Heimverbundes, die Fachkräfte aus den Wohngruppen und die Heimleitung des KJF. Die Rollen und Aufgabenverteilungen werden dabei aus den Aussagen aller Befragten abgeleitet, da eruiert werden soll, inwieweit den unterschiedlichen Akteuren abgrenzbare Rollen und Aufgabenbereiche zugeordnet werden können. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Rolle und den Aufgaben der Therapeutin des Heimverbundes.

Um ein verständliches Bild zu den Rollen und Aufgaben der am Hilfeprozess beteiligten professionellen Helfer zu zeichnen, soll zunächst das **Organigramm des KJF e.V.** kurz beschrieben werden. Die Geschäftsführung leitet den Verein, welcher dem Dachverband des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes zugehörig ist. Die Heimleitung, die Therapeutin und die Fachberatung unterstehen der Geschäftsführung und sind in ihrer Hierarchie ebenbürtig. Die Therapeutin ist an den stationären Bereich des KJF angegliedert, untersteht der Heimleitung jedoch nicht und kann daher frei agieren. Die Heimleitung ist nicht weisungsberechtigt gegenüber der Therapeutin, da diese in ihrer therapeutischen Arbeit unabhängig sein soll (Vgl. KJF e.V., 2022). Eine ASD-Fachkraft spricht im Interview über die Ausgestaltung einer erfolgreichen Netzwerkarbeit und rückt das Thema der **Rollenklarheit** in den Fokus, welche

sie auch für die Eltern und den jungen Menschen im Hilfeprozess als besonders wichtig erachtet. Sie sagt: „*Es sollte schon so sein, dass man an einer Ebene auf gemeinsame Lösungen schaut und dort auch gut strukturiert, wer wofür verantwortlich ist, wie Austausch stattfindet, um es auch für die Eltern und für die Jugendlichen/ Kinder klarer zu machen. Wer ist wo mein Ansprechpartner? Wer hat welche Rolle in dem System? Ich denke, das ist so das Hauptthema in der Zusammenarbeit (3/14).*“

Therapeutin:

Die Heimleitung des KJF e.V. schreibt der Therapeutin des Vereins vor allem therapeutische Aufgaben zu, welche zur **Kompetenzerweiterung** und **Gesundung der jungen Menschen** führen sollen. Nebst **Elternarbeit** und Zusammenarbeit mit den Wohngruppen gehöre auch die **Netzwerkarbeit** mit Schulen und Ärzten zur Aufgabe der Therapeutin. Zeige der junge Mensch Auffälligkeiten im schulischen Bereich, würden beispielsweise Schulhospitationen und Austausch mit Lehrkräften zu den Aufgaben der Therapeutin gehören. In der Zusammenarbeit mit Ärzten seien zudem somatische Ursachen, beispielsweise für Ausscheidungsstörungen abzuklären (Vgl. 7/19). In der Vergangenheit sei es in besonders komplexen Fällen schon dazu gekommen, dass die Therapeutin Eltern bei Anträgen oder ganz selten bei Behördenwegen unterstützt habe, wenn dies für den Fallverlauf entscheidend gewesen sei. Grundsätzlich gehöre es jedoch nicht zur Rolle der Therapeutin, zur Klärung organisatorischer Dinge bei Ämtern beizutragen. Werde diesbezüglich ein Bedarf festgestellt im Hilfeverlauf, so könne die Therapeutin die Eltern beim HPG dabei unterstützen, den Bedarf auf ambulante Hilfe anzuzeigen (Vgl. 7/11). Bei Kindern in stationärer Hilfe wird grundsätzlich keine weitere ambulante Hilfe für die Eltern bewilligt. Im Sinne der Rückführungsidee ist diese jedoch oft für die Schaffung günstiger häuslicher Bedingungen unbedingt notwendig.

Die Rolle der Therapeutin liegt *aus Sicht einer ASD-Fachkraft* in der **Erarbeitung von Erklärungs- und Störungsmodellen mit Eltern, Fachkräften der Wohngruppen und weiteren Bezugspersonen**. Auch das Elternverhalten solle im therapeutischen Setting reflektiert werden, da dieses als auslösender oder aufrechterhaltender Faktor für symptomatisches und problematisches Verhalten des jungen Menschen gelten könne. Aufgrund des oft eingeschränkten Selbstwertgefühls der Eltern würden diese dazu neigen, eigene Anteile und Schuld auf das Kind zu verlagern (Vgl. 2/8). Aus Sicht einer weiteren ASD- Fachkraft komme der Therapeutin im Hilfeprozess zudem die Rolle zu, **Therapieerfolge abzuschätzen** und den **Umfang der therapeutischen Hilfe anzupassen** (Vgl. 3/7). Die Therapie stelle aus ihrer Sicht einen exklusiven Raum zur vertieften Reflexion der jungen Menschen dar. Daraus resultiere oft ein Vertrauensverhältnis zwischen Therapeutin und jungem Menschen. Die Therapeutin werde erfahrungsgemäß in Hilfeplangesprächen und Hilfeverläufen als „Anwalt“ für die Jugendlichen gesehen. Die Rolle des ASD und der Wohngruppe seien zwar ebenso unterstützend, würden aber durch die Hilfeempfänger anders interpretiert, da die WG und der ASD auch mal schimpfen müssten (Vgl. 3/17).

Zudem werde der Therapeutin im Hilfeprozess *aus Sicht einer pädagogischen Fachkraft in der Wohngruppe* eine **vermittelnde Rolle** zwischen Wohngruppe und Eltern zugeschrieben. Auch im Miteinander zwischen Kind und Eltern könne die Therapeutin als Mentorin agieren, welche die Eltern im Umgang mit ihrem Kind anleitet. Die Therapeutin sei nicht unmittelbar

in die alltäglichen Prozesse im WG-Alltag eingebunden und handle als Außenstehende, könne aber durch ihre Arbeit und den Einbezug der Familie ein Stück weit ins System hineingehen. Sie sei in ihrer Rolle teilweise besser in der Lage, einen Konsens mit den Eltern auszuhandeln. Dieser Aspekt entlaste die Wohngruppe in ihrer Arbeit mit der Familie sehr (Vgl. 4/4). Zudem sei sich die pädagogische Fachkraft der Unterstützung durch die Therapeutin bei der Klärung wichtiger und dringlicher Angelegenheiten für den jungen Menschen oder die Familie bewusst. „*Aber ich bin mir sehr sicher, wenn man [die Therapeutin] darum bitten würde, dass vielleicht da noch einmal ein Anruf getätigt wird, dass das passieren würde (4/17).*“

Die Aufgabenzuschreibungen der anderen Fachkräfte ergänzt die *Therapeutin* selbst, indem sie sich eine **haltgebende und unterstützende Rolle** in der Zusammenarbeit mit den Kindern und Jugendlichen zuspricht. Eine ihrer Aufgaben bestünde eigenen Aussagen zufolge darin, die Kinder und Jugendlichen insbesondere in Hilfeplangesprächen bei der Äußerung von Bedürfnissen und Wünschen zu unterstützen, sodass diese den Hilfeprozess mitgestalten könnten. Der Teilnahme an Hilfeplan- oder Fachgesprächen komme zudem eine große Bedeutung zu, damit sich die Therapeutin die Möglichkeit erhalte, ein Verständnis für pädagogische Hilfemaßnahmen im Hilfeprozess zu gewinnen und gegebenenfalls eine **bedarfsgerechte Steuerung der Hilfemaßnahmen zum Wohle des Kindes** zu unternehmen (Vgl. 6/20).

ASD (Allgemeiner Sozialer Dienst):

Aus *Eigenperspektive einer ASD-Fachkraft* sei die Rolle des ASD eine **steuernde und koordinierende** im Hilfesystem, welche von Anleitung, Hilfebeginn, Führung im Hilfeprozess und Einhaltung des zeitlichen Plans bestimmt werde. Die Fachkraft definiere ihre Rolle als „*[...] prinzipiell eher koordinierend und weniger fachlich agierend (3/1).*“. Das Hilfeziel sei es dabei aus Sicht der Fachkraft, familiäres Zusammenleben wieder zu ermöglichen (Vgl. 3/1). Die Hilfebedarfe des Kindes stünden im Hilfeprozess an erster Stelle und kollidierten manchmal mit den Bedürfnissen der Eltern. Die Aufgabe des ASD bestehe darin, zu **priorisieren**, zu **prüfen** und Hilfebedarfe und Bedürfnisse **abzuwägen** (Vgl. 1/13). So sei es beispielsweise bei der **Hilfeanbahnung** klar, dass die Bedarfe zunächst durch den ASD, die Sorgeberechtigten und die WG geprüft würden. Erst dann werde im therapeutischen Bedarfsfall die Therapeutin des KJF eingeschaltet. Es sei zu beobachten, dass die **Bedarfsanalysen des ASD** und anderer Beteiligter und der Therapeutin fast immer übereinstimmen würden (Vgl. 2/2).

Aus *Sicht einer Mutter* kommt den ASD-Fachkräften eine wichtige Rolle bei **der Schaffung und Steuerung eines Hilfenetzwerkes** zu. Die Mutter bekräftigt dies wie folgt: „*Ohne [...] [den Jugendamtsmitarbeiter] hätte das ja gar nicht funktioniert. Man muss das ja erstmal beantragen, man muss da vorsprechen und ich glaube, wenn kein Netzwerk ist, dann wird es schwierig. Dann erreicht man so gut wie (...) nichts (10/15).*“

Wohngruppe:

Bei der Betrachtung der eigenen Rolle sieht sich die *pädagogische Fachkraft aus einer Wohngruppe* in der Rolle, das **Wohl des Kindes im Alltag im Blick zu behalten und für deren Sorgen Ansprechpartner zu sein**. So leiste die Fachkraft auch in schwierigen Lebenslagen

Motivationsarbeit und schärfe den Blick des Kindes auf bereits erreichte Ziele (Vgl. 5/9). Aus Eigenperspektive einer weiteren pädagogischen Fachkraft aus einer Wohngruppe liege die **Klärung organisatorischer und bürokratischer Angelegenheiten** im Alltag der Kinder bei den Fachkräften der WG. Diese könnten sich in schwierigen Situationen wie fehlenden Rückmeldungen durch den ASD oder Vormünder Unterstützung bei der Heimleitung suchen (Vgl. 4/17).

Im Verständnis des jungen Menschen ist dessen Kontakterzieher in der Wohngruppe zudem dafür zuständig, die **Hilfeplanberichte** zu **verfassen** (Vgl. 11/2). Zudem sei auch er es gewesen, welcher die Idee gehabt habe, die Therapie des Heimverbundes in Anspruch zu nehmen (Vgl. 11/2).

Die *Mutter* eines jungen Menschen, welcher in der stationären Unterbringung beim KJF gewesen ist, versteht die Fachkräfte in den Wohngruppen als **Modell**. In ihrem spezifischen Falle habe der männliche Bezugsbetreuer in der Wohngruppe ihres Sohnes als Alternativmodell zum gewalttätigen und alkoholisierten Kindesvater fungiert (Vgl. 8/13).

Heimleitung:

Die *Heimleitung selbst* gibt an, den stationären Bereich des KJF e.V. zu leiten und als **Schnittstelle zwischen Wohngruppen und Therapeutin** zu fungieren. Zur Funktion der **koordinierenden Rolle** gibt die Heimleitung an: „*Wir wollen das einfach so organisieren, dass nicht jede Wohngruppe selber anruft und unabhängig dann irgendwas ausmacht, sondern es soll schon bisschen koordiniert sein. Und dass da der Leiter Bescheid weiß. So weiß ich auch Bescheid, wo Krisen sind und wo Probleme sind (7/5).*“. So meldeten die Wohngruppen den therapeutischen Bedarf eines Kindes oder Jugendlichen bei dem Heimleiter an, welcher dann die Infos an die Therapeutin weitergebe und **Kapazitäten** innerhalb des Therapieangebotes **prüfe**. Der Heimleiter des Heimverbundes verlange bei der Therapieanfrage durch die Wohngruppen meist, dass diese die groben Ziele oder Bedarfe des jungen Menschen formulieren und eingrenzen können (Vgl. 7/5). Die Heimleitung biete dem gesamten Helfersystem laut eigenen Aussagen zudem eine **unterstützende** und **vermittelnde Rolle bei Konflikten**. Sie komme auf Wunsch der Fachkräfte aus den Wohngruppen oder der Therapeutin zu Fachgesprächen oder Teamgesprächen in die Wohngruppe dazu. „*Weil es gibt manchmal auch administrative Entscheidungen von einer oberen Ebene aus zu klären und da auch ein Statement abzugeben (7/19).*“ Dies betreffe beispielsweise **administrative Entscheidungen** über den Verbleib von jungen Menschen im stationären Bereich des KJF e.V., ggf. auch gegen den Wunsch der pädagogischen Mitarbeiter aus der Wohngruppe. Die Heimleitung sehe sich gemeinsam mit der Therapeutin des Heimverbundes in der Aufgabe, Hilfebedarfe und Maßnahmen gegenüber dem ASD unter einem multiprofessionellen Blick zu begründen. An Hilfeplangesprächen nehme die Heimleitung in der Regel nicht teil, lediglich in sehr komplizierten Fällen mit Erfordernis auf entsprechende Entscheidungs- und Leitungskompetenzen (Vgl. 7/23). Neben koordinativen Aufgaben übe die Heimleitung ebenfalls eine **Kontrollfunktion gegenüber den Wohngruppen** und deren Mitarbeiter aus. Sie interveniere beispielsweise bei fehlender Initiative oder Bereitschaft der Wohngruppe zum Austausch mit der Therapeutin. „*Weil, wenn wir das nicht hinkriegen, dass die Therapeutin und die Wohngruppen gemeinsam auf einer gleichen Linie arbeiten, dann würde das nicht funktionieren (7/21).*“

Zusammenfassung: *Aus den Befragungen aller Akteure konnten klare Rollenzuweisungen und Aufgabenverteilungen der verschiedenen Akteure eruiert werden. Diese ergaben sich aus deren Eigenperspektive oder Fremdperspektive durch andere Akteure im Netzwerk. Die Rollenklarheit wird dabei nicht nur als wichtiger Faktor für die Fachkraft selbst, sondern auch als wichtiges Merkmal für die Familie und den jungen Menschen betrachtet. Die jungen Menschen und Familien müssten wissen, wer zu welcher Zeit der richtige Ansprechpartner ist. Hinsichtlich der Aufgabenverteilungen wird deutlich, dass der Therapeutin des Heimverbundes innerhalb des multiprofessionellen Teams eine bedeutsame Rolle zugewiesen wird durch die Heimleitung, Wohngruppen und den ASD. Sie wird nicht nur in ihrer therapeutischen Rolle und Arbeit wertgeschätzt, sondern fungiert im Zuge einer intensiven Elternarbeit ebenso als Unterstützerin und Entlastung für die Wohngruppen. Für die jungen Menschen, welche die Therapie in Anspruch nehmen, wird die Therapeutin im Gesamthilfeverlauf und insbesondere in Hilfeplangesprächen als „Anwältin“ und Übersetzerin wichtiger Anliegen oder innerer Gefühlswelten gesehen. Die Therapeutin des Heimverbundes wirkt eng verbunden mit dem Rest des multiprofessionellen Teams, wobei Rollen klar definiert scheinen und voneinander abgegrenzt werden können. Eine Mischung aus enger Zusammenarbeit verschiedener Professionen und Rollenklarheit im multiprofessionellen Team bietet den jungen Menschen und Familien ein gut funktionierendes und aufeinander abgestimmtes Hilfenetz. In diesem Zusammenhang wird in Frage gestellt, ob die Rahmenbedingungen einer ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ebenso dafür geeignet sind, um eine enge Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team leisten zu können und einen Überblick über die genaue Rollenausgestaltung anderer Akteure zu haben. Vor allem hinsichtlich der oft fehlenden zeitlichen Ressourcen im ambulanten Therapiebereich und den aktuellen Entwicklungen bei den Zugangsvoraussetzungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss leider von einer Tendenz zur Abgrenzung zwischen Pädagogik und Therapie ausgegangen werden. Dies steht den Bedarfen der jungen Menschen und Familien in der Jugendhilfe entgegen, welchen meist nur durch Kopplung des Gesundheits- und Jugendhilfesystems im Sinne einer multiprofessionellen Zusammenarbeit ausreichend entsprochen werden kann.*

5.6.4. Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess

In diesem Kapitel soll die Qualität einer Einbindung der jungen Menschen und Familien im Rahmen der pädagogischen und therapeutischen Arbeit im KJF e.V. untersucht werden. Im Folgenden soll zwischen der Einbindung der jungen Menschen und der Einbindung der Familien im Sinne einer Elternarbeit unterschieden werden. Auf letztere soll ein besonderer Fokus gelegt werden. Die Elternarbeit nimmt auch im Fachdiskurs zu therapeutischen Interventionsprogrammen mit Heim- und Pflegekindern eine bedeutende Rolle ein, sodass die Arbeit mit Bezugspersonen ein „[...] signifikant geringeres vermeidendes Bindungsverhalten nach der Intervention [...], reduziertes Risiko für Kindesmisshandlung mithilfe steigender Erziehungskompetenzen [...], höheres positives Erziehungsverhalten und reduziertes negatives Erziehungsverhalten [...] sowie eine signifikant verbesserte Feinfühligkeit der Bezugspersonen [...] (Schüller, 2022, S.31)“ erzielen würde. Die **Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess** ist neben der Einbindung

verschiedener Fachkräfte ebenfalls **als Netzwerkarbeit** zu verstehen. Die jungen Menschen und Familien sind Teil des Hilfenetzwerkes und müssen daher maßgeblich eingebunden werden bei der Gestaltung der Hilfe.

Einbindung der Familien im Sinne einer Elternarbeit:

Eine Mutter beschreibt ihre Vorstellung zur Mitwirkung im Netzwerk wie folgt: *„Das muss ja alles gerecht aufgeteilt werden. Da würde ich jetzt sagen, das Netzwerk... [...] [mein Sohn] muss seinen Teil auch dazu beitragen und ich [als Mutter] bin auch in der Verantwortung, [...] (10/15).“* Sie bemesse der Netzwerkarbeit eine hohe Bedeutung bei und schätze es, dass jeder Beteiligte seine Perspektive und die Kenntnisse seines Ressorts einbringe (Vgl. 10/15). Das **System „Familie“** sei ihrer Meinung nach **als eigenes kleines Netzwerk** zu begreifen, welches ebenfalls auf die Mitwirkung und Zusammenarbeit aller angewiesen sei (Vgl. 10/19). Bei der Elternarbeit gehe es aus Sicht der Heimleitung manchmal auch um die **Klärung profaner Angelegenheiten**, wie z.B. Wohnraum erweitern und Strom sicherstellen. Im therapeutischen Setting solle mit den Eltern ergänzend dazu ein **Handlungsleitfaden** entworfen werden **im Umgang mit dem Kind** (Vgl. 7/6). Eine Mutter bestätigt, dass es in Elterngesprächen innerhalb der Therapie um die Erarbeitung von hilfreichen Strategien im Umgang mit dem Verhalten des jungen Menschen und um ein Verständnis zur Entstehung des Verhaltens gegangen sei. Sie habe die Gespräche mit der Therapeutin des Heimverbundes zudem dafür nutzen dürfen, um eigene Sorgen und Ängste mitzuteilen. Auch gemeinsame Gespräche zwischen Therapeutin, Sohn und Mutter hätten stattgefunden (Vgl. 8/11). Ein Jugendlicher ergänzt in seinem Interview, dass er neben persönlichen Gesprächen auch telefonische Rücksprachen zwischen seiner Mutter und der Therapeutin mitbekommen (z.B. während der Beurlaubungen) habe (Vgl. 9/13). Im Sinne der therapeutischen Elternarbeit sind diese als **alltagsnahe, therapeutische Anleitung** der Mutter im Umgang mit ihrem Sohn zu verstehen.

Hinsichtlich der **Frequenzierung der Elternstunden** wird durch die Therapeutin **bedarfsgerecht** und **flexibel** gehandelt, sodass häuslichen Konflikten zwischen Eltern und jungem Menschen beispielsweise durch eine unmittelbar höherfrequente, therapeutische Anleitung in Bezugspersonenstunden entgegengewirkt werden kann. In anderen Phasen könne laut Therapeutin des Heimverbundes aber auch eine höherfrequente Arbeit mit Lehrkräften im Vordergrund stehen. Dies sei in der therapeutischen Arbeit innerhalb des KJF e.V. stets bedarfsgerecht und flexibel zu handhaben und werde durch die pauschale Finanzierungsgrundlage überhaupt erst ermöglicht (Vgl. 6/23).

Die Bezugspersonen- und Elternarbeit erfolge laut Therapeutin des Heimverbundes immer additiv zu den wöchentlichen Therapiestunden für die jungen Menschen und sei von großer Bedeutung im therapeutischen Prozess (Vgl. 6/6). Neben intensiver Netzwerkarbeit mit pädagogischen Fachkräften aus der Wohngruppe, dem ASD, Lehrkräften und ambulanten Familienhelfern sei die Elternarbeit wichtig, da sich die jungen Menschen trotz der WG-Unterbringung dennoch an ihren Eltern orientierten und diese als Modell für ihr Verhalten nutzten. Sie erläutert dies wie folgt: *„Es ist auch wichtig mit den Eltern eine gute Elternarbeit zu erreichen, weil die Kinder doch alle noch sehr an ihre Eltern gebunden sind oder auch jedes Kind Vati und Mutti möchte und sich sehr an ihren Eltern orientieren (6/17).“* Die **Elternarbeit** gelte **als wichtiger Garant für Fortschritte** im Hilfeprozess. Der Einbezug der Eltern, auch der

nicht sorgerechtigten Eltern, intendiere ein Miteinander, welches intrapsychische Ambivalenzen der Kinder und Jugendlichen vermeiden solle (Vgl. 6/21). Darunter ist zu verstehen, dass Kinder und Jugendliche nicht in Loyalitätskonflikte gegenüber ihren Eltern gebracht werden sollen. Durch den meist intensiven Einbezug der Eltern im therapeutischen Setting soll erreicht werden, dass diese sich wirksam fühlen und bereit sind, an Zielen der Kinder im Hilfeprozess aktiv mitzuarbeiten. Die Befragung einer Mutter bestätigt die Bemühungen der Therapeutin auf engen Einbezug der Eltern in den Therapieprozess. Die Mutter habe sich in Hinblick auf die Perspektiven ihres Sohnes gut einbezogen gefühlt. Zum Einbezug im therapeutischen Setting sagt sie: „[...] *ich habe das Gefühl gehabt, dass das alles so familiär abläuft. Nicht so: 'Ich arbeite jetzt den einen ab und dann mache ich die Akte zu und nehme den nächsten.'* Also wie beim Arzt, wie am Fließband ungefähr. Und das fand ich halt schön (8/16).“ Eine andere Mutter bestätigt, dass sie die **Therapie im KJF als besonders „persönlich“** wahrgenommen habe (Vgl. 10/9). Sie sagt: „Also ich fand das schön, dass wir hier zusammen wie eine Familientherapie machen konnten. [...]. Denn ich habe ja auch ... [...] eine komplexe, posttraumatische Belastungsstörung. Und für mich war das total wichtig, dass ich auch eine Bezugsperson habe. Und nicht nur [...] [mein Sohn] soll ja an sich arbeiten, denn ich möchte, dass wir uns gegenseitig unterstützen (10/13).“ Durch die Therapeutin bleibt abzuwägen, ob die **Stabilisierung der Eltern** im Zuge der Bezugspersonenarbeit oder im Rahmen einer eigenen therapeutischen Anbindung der Eltern passieren muss. Eine Mutter macht in ihrem Interview deutlich, dass sie die Bezugspersonenstunden bei der Therapeutin teilweise für die eigene Stabilisierung genutzt habe, obwohl sie zu diesem Zeitpunkt an eine eigene Therapie angebunden gewesen sei. „[...] *Ich hatte auch ganz viel Redebedarf und war auch selbst ganz sehr fertig und kaputt (...) erschöpft (10/13)!*“ Im Rahmen der Therapie sei eine enge und vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen Therapeutin und Mutter entstanden. Sie unterstütze die **Aktivierung des Netzwerkes** und vermittele Hilfen aus dem Netzwerk an die Eltern. Die Heimleitung und Wohngruppe könnten diese Arbeit nicht leisten (Vgl. 7/30). Die **Elternarbeit wird im therapeutischen Setting als sehr intensiv** erlebt. Sie ist entlastend für die WG, da im therapeutischen Setting intensiver mit den Eltern gearbeitet werden kann, z.B. an psychoedukativen Inhalten oder an dem Verständnis kindlicher Bedürfnisse. Die **Abstimmung von Bedarfen der Kinder und Jugendlichen mit Elternbedürfnissen** stellt ein Spannungsfeld in der pädagogischen und therapeutischen Arbeit dar. Eltern sollten laut ASD-Fachkraft auf dem Entwicklungsweg ihrer Kinder mitgenommen werden, aber manchmal auch dafür sensibilisiert werden „[...] *dass beispielsweise Beurlaubungen für das Kind, um die Bedürfnisse der Eltern 'Ich bin ein guter Elternteil.' zu befriedigen, dem Kind aber nicht gut tun [...] (1/14).*“

Die Heimleitung schätze vor allem die **ressourcenfokussierte Haltung** der Therapeutin des Heimverbundes **gegenüber den Eltern** sehr und gibt an: „*Ich glaube, dass die Eltern das auch richtig wertschätzen, weil sie zum ersten Mal auch so richtig wahrgenommen werden und die Therapeutin einfach auch an den Ressourcen orientiert mit den Eltern spricht. [...] praktisch in ihrer Erziehungsarbeit. Das heißt, sie hat oft auch bei den Eltern, oder Müttern oder Vätern auch das Selbstbewusstsein erstmal wieder aufgebaut (7/17).*“ Eine Mutter gibt in ihrem Interview an, dass sie sich in den therapeutischen Prozess ihres Sohnes „richtig gut“ einbezogen gefühlt habe. Die Elternarbeit in der Therapie habe ihr Mut gemacht, Zusammenhänge zwischen Elternverhalten und Verhalten des Kindes verdeutlicht,

Möglichkeiten zur Änderung ihres Verhaltens gezeigt und sie zur elterlichen Psychohygiene ermutigt (Vgl. 10/17).

Aus Sicht eines jungen Menschen komme dem Einbezug der Eltern in die Therapie eine unterstützende Komponente zu. Eltern sollten in ihren Problematiken gehört werden und Unterstützung bei der Bearbeitung erhalten durch Gespräche bei der Therapeutin (Vgl. 11/13). Mit den therapeutischen Eltern- und Bezugspersonengesprächen in seiner Abwesenheit sei er stets einverstanden gewesen, da Erwachsenenthemen manchmal nicht für Kinderohren bestimmt seien. In seiner Abwesenheit „[...] kann [Mama] halt dann noch Dinge/ Sachen sagen, die sie nicht so gerne vor mir sagt, weil sie nicht möchte, dass dann was in meinem Kopf vorgeht [...] (11/15).“ Der **Einbezug der Eltern** durch die Therapeutin sei jedoch auch als „**Schutz- und Kontrollmechanismus**“ zu verstehen, bei welchem das Kindeswohl im Kontakt mit den Eltern abgeklärt und überprüft werde. „Weil...es kann ja sein, dass das Kind die ganze Zeit seine Eltern in Schutz nehmen will. Also dass das sagt: ‚Ja, es klappt alles gut Zuhause.‘. Aber in Wirklichkeit klappt das gar nicht gut, weil die sich gar nicht verstehen (11/13).“

Der Einbindung der Eltern in das therapeutische Setting und den allgemeinen Hilfeprozess wird durch alle Fachkräfte eine große Bedeutung zugeschrieben, da die Ursachen der kindlichen Verhaltensmuster oft im Elternverhalten begründet liegen und einer Modifikation bedürfen. Die Entstehung psychischer Erkrankungen sei laut ASD-Fachkraft somit in ihrem Kontext zu betrachten (Vgl. 3/7). Die Einbindung der Eltern und des Bezugssystems des jungen Menschen in den therapeutischen Prozess wird durch die Fachkraft im Jugendamt als sehr gut eingeschätzt, da die Therapeutin gut „[...] im Blick hat, dass man nicht nur am Kind herumbasteln kann (2/8).“. Eine intensive Einbindung der Eltern und deren Beratung stellt eine Grundlage für das **Ziel der Rückführung** dar. Denn Beteiligte des Familiensystems brächten oft selbst einen Rucksack mit traumatischen Erfahrungen oder eigenen Störungsbildern mit. Die Idee einer „gesunden Mutter“ im Sinne eines günstigen Modellverhaltens und guter Kooperationsideen mit dem jungen Menschen müssten oft erst vermittelt werden in der Therapie. Die therapeutische Hilfedauer werde maßgeblich von der Mitwirkungsbereitschaft und Beteiligung des jungen Menschen und seines Umfeldes beeinflusst (Vgl. 3/7). Eine Bereitschaft der Eltern zur eigenen, therapeutischen Anbindung wäre daher förderlich für den Hilfeverlauf des jungen Menschen, um positiven Entwicklungen Nachhaltigkeit zu verleihen und Bedingungen zur Rückführung zu ermöglichen. Die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit stehe laut ASD-Fachkraft oft nicht zur Verfügung, da Eltern den gesellschaftlichen Druck des Eltern-Seins hinsichtlich eigener Unfähigkeiten mit Scham abwehren würden (Vgl. 3/12). Zudem fürchteten sie bei der Zusammenarbeit mit weiteren Instanzen (wie z.B. Schule), in ein schlechtes Licht gerückt zu werden (Vgl. 3/14).

Der **elterlichen Mitwirkung im therapeutischen und pädagogischen Prozess** wird auch durch die pädagogische Fachkraft aus einer WG eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Die Mitwirkungsbereitschaft der Eltern beeinflusse die gesamte Hilfedauer maßgeblich und werde auch als Parameter zur Verkürzung der Therapiedauer gesehen (Vgl. 5/10). Sie sagt: „Ganz viele familiäre Probleme sind auf lange Zeit nur lösbar, wenn die Familie auch mit in diese Therapie mit reingeht. [...] Hätte die Familie da vielleicht doch mehr Ansinnen, dem

Jugendlichen zu helfen und dahinterzustehen, dann würde ich vermuten, könnte man mitunter manche Problemfelder schneller bearbeitet haben (5/10).“ Die Einbindung der Eltern im therapeutischen diene zudem der **Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung, Familienbeziehungen** und biete im therapeutischen Kontext den passenden Raum zur **Reflexion von Elternverhalten** und **Motivation der Eltern**. Die Arbeit der Therapeutin wird von der pädagogischen Fachkraft als sehr gut eingeschätzt, um gute Beziehungen und Bindungen wieder zu ermöglichen und zu unterstützen. „[...] *die Kinder stehen immer zu ihren Eltern, egal in welcher Lebenssituation (5/11).*“ Aus diesem Grund können intrapsychische Ambivalenzen und Anspannungen der Kinder und Jugendlichen oft auch nur unter angemessenem Einbezug der Eltern aufgelöst werden. Pädagogische Ziele des Gesamthilfeverlaufes (z.B. Rückführung und/ oder Beurlaubung) würden mit therapeutischen Zielen (z.B. Stabilisierung des jungen Menschen und der Eltern/ Auflösung intrapsychischer Konflikte) verknüpft (Vgl. 5/11). In Teambesprechungen komme es auch immer wieder dazu, dass die Therapeutin der Wohngruppe Impulse zu mehr Netzwerkarbeit und Einbezug der Eltern gebe (Vgl. 5/14). Eine Einbindung der Familien in den Hilfeprozess erfolge nämlich auch im familienorientierten Konzept einer Wohngruppe des Heimverbundes, welches den Einbezug der Eltern und weiterer Bezugspersonen im Zuge von Familienwochenenden, gemeinsamen Kochtagen und Gruppenabenden mit Familie fördere. Dieser Einbezug habe jedoch oft **Grenzen**, da Eltern im Kontext einer unfreiwilligen Herausnahme des Kindes aus dem Haushalt oft nicht gern mit der WG zusammenarbeiten würden. Die Offenheit zur Zusammenarbeit sei jedoch Grundlage zur Rückführung des Kindes. In solch einem Fall könne die Therapeutin, die das Kind begleite, eine **mediatorische Rolle** einnehmen und die Eltern ggf. für mehr Offenheit gegenüber der WG aufschließen (Vgl. 4/14).

Einbindung des jungen Menschen:

Die Installation des therapeutischen Angebotes erfolge laut Erfahrung der pädagogischen Fachkraft aus der WG immer unter der Prämisse einer Freiwilligkeit (Vgl. 5/6). So beschreibt dies auch die Therapeutin des Heimverbundes, welche angibt: *[...] Der Therapiebedarf wird abgeklärt und dann bestimmen die Kinder und die Jugendlichen in allererster Instanz, ob sie weiter zur Therapie kommen wollen. [...]. Ich möchte wirklich dann die Kinder hier haben oder die Jugendlichen, dass sie freiwillig kommen und dass sie ein Anliegen haben für die Therapie. [...]. (6/10).*“ Mit dem **Prinzip der absoluten Freiwilligkeit** habe die Therapeutin nur positive Erfahrungen gesammelt, da diese auch hinsichtlich der **Therapiemotivation** eine wichtige Rolle zu spielen scheint. Der gute Leumund der therapeutischen Arbeit durch die Therapeutin des Heimverbundes habe laut Heimleitung außerdem einen positiven Einfluss auf die Therapiemotivation der Kinder und Jugendlichen, welche vor der Entscheidung zur Nutzung der vereinsinternen Therapie stünden. Die Therapieanbindung werde dadurch erleichtert (Vgl. 7/27). Den jungen Menschen werde durch andere Kinder und Jugendliche des Vereins mitgeteilt: *„Der kannst du vertrauen. Die erzählt das auch nicht weiter. Und die ist da cool. Mir hat es geholfen.“ (7/27)*“. Die Bezugsbetreuerin einer Wohngruppe beschreibt, dass ihr Bezugskind nicht ohne das therapeutische Angebot sein wolle und dieses auch aktiv einfordere. Denn die Therapie sei ein Ort, an welchem Dinge besprochen werden könnten, die in der WG noch nicht angesprochen werden möchten (Vgl. 4/2).

Ein Jugendlicher gibt in seinem Interview an, dass der Termin bei der Therapeutin des Heimverbundes durch seine Wohngruppe vereinbart worden sei und nicht durch ihn selbst (Vgl. 9/11). Dieser Fakt kann im Zuge der altersadäquaten Entwicklung von Selbstverantwortung und Mitwirkung bei der Hilfeanbahnung durchaus kritisch betrachtet werden. Im Weiteren gibt der Jugendliche jedoch an, alleine zum Erstgespräch mit der Therapeutin gefahren zu sein und dieses als positiv und motivierend erlebt zu haben. „[...] also ich war ja das erste Mal hier und da hat es mir sehr toll gefallen, wie ich hier aufgenommen wurde (...) und da habe ich mich sehr wohl gefühlt und da wollte ich halt hier weiter hingehen und da habe ich das dann halt der WG gesagt, dass ich das hier weitermachen möchte (9/11).“ Rückblickend schätze er seine **Partizipationsmöglichkeiten im therapeutischen Setting** als sehr gut ein (Vgl.9/15).

Am Hilfeplanverfahren nehmen der junge Mensch, die Personensorgeberechtigten, der ASD, die Wohngruppe, die Therapeutin, ggf. die Schule, ggf. Trainer aus dem Freizeitbereich oder andere wichtige Begleiter teil. Dabei wird die Partizipation des jungen Menschen als besonders wichtig erachtet, um „[...] den jungen Menschen mitzuerleben, der auch seine Meinung sagen soll und darf, Beteiligungsrechte hat im Hilfeplanverfahren. Das ist ganz wichtig (1/15).“. Haben die Eltern kein Sorgerecht mehr, so werden sie dennoch in den Hilfeplan einbezogen, solange dies dem Kindeswohl nicht entgegensteht. „Der Vormund hat [dann] ja die elterliche Sorge für den jungen Menschen und muss dabei sein, sonst können Dinge nicht besprochen werden (1/15).“.

Zusammenfassung: Die Anbindung der jungen Menschen an das Therapieangebot des Heimverbundes erfolgt stets nach dem Prinzip der absoluten Freiwilligkeit. Einer Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess wird durch alle Fachkräfte des multiprofessionellen Teams eine hohe Bedeutung zugewiesen. Diese benennen, dass der Einbindung der Eltern vor allem im therapeutischen Setting entsprochen werde, da zeitliche Ressourcen zum Einbezug der Eltern im Wohngruppenalltag kaum vorhanden sind und im Kontext einer vorherigen, unfreiwilligen Fremdunterbringung des jungen Menschen erschwert werden können. Infolge der pauschalen Finanzierung durch das Jugendamt kann im Therapieangebot des Heimverbundes eine bedarfsgerechte und flexible Frequentierung der Elternstunden stattfinden, welche in Krisenfällen alltagsnah und hochfrequent möglich ist. Die Mitwirkungsbereitschaft der Eltern beeinflusst die Hilfeziele und Helpedauer der pädagogischen und therapeutischen Hilfe maßgeblich und wird als Grundvoraussetzung einer Rückführungsidee des jungen Menschen in den elterlichen Haushalt gesehen. Die Elternarbeit gilt als Garant für Fortschritte im Hilfeverlauf. Ziele der Elternarbeit werden allgemein in der Stabilisierung der Eltern als wichtige Bezugspersonen, in der Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung, in der Reflexion und Modifikation des Elternverhaltens, dem Aufbau von angemessenen Handlungsstrategien im Umgang mit dem Kind und der Motivation der Eltern durch Wertschätzung und Lob gesehen. Teilweise fungiert die Elternarbeit auch als Kontroll- und Schutzmechanismus zur Abklärung des Kindeswohls. Durch die Fachkräfte der Wohngruppen und des ASD Chemnitz, durch die Heimleitung des KJF und durch die Eltern wird die Therapeutin für ihre ressourcenfokussierte und wertschätzende Haltung im Zuge der Elternarbeit gelobt. Die Einbindung der Eltern und jungen Menschen in den therapeutischen Prozess wird ausnahmslos als intensiv und gut eingeschätzt durch alle Hilfebeteiligten. Grenzen und Spannungsfelder im Zuge der Elternarbeit ergeben sich lediglich in der

Abstimmung zwischen Bedürfnissen der Eltern und Bedarfen der jungen Menschen, deren Erläuterung Raum im therapeutischen Setting finden kann. Die intensive Elternarbeit im Zuge des therapeutischen Angebotes wird als entlastend wahrgenommen von den Wohngruppen. Infolge des ausgewerteten Textmaterials kann von einer außerordentlich guten, intensiven und fachlich orientierten Elternarbeit im therapeutischen Setting gesprochen werden.

5.6.5. Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure

In dieser Kategorie sollen Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht der am Hilfeprozess beteiligten Akteure herausgestellt werden. Eine trennscharfe Abgrenzung pädagogischer und therapeutischer Einflussfaktoren auf Therapieerfolge kann aufgrund der engen Verbindung zwischen Pädagogik und Therapie im KJF e.V. nicht verlässlich vollzogen werden.

Im Zuge der Entstehungsgeschichte schildert die Therapeutin des Heimverbundes, dass das therapeutische Angebot des KJF vor etwa 9 Jahren aus dem Bedarf heraus entstanden sei, nachdem festgestellt worden sei, dass pädagogische Fachkräfte in der Arbeit mit jungen Menschen in schwierigen Lebenslagen und mit psychischen Auffälligkeiten an ihre Grenzen kommen würden (Vgl. 6/1). Ziel der Einrichtung des therapeutischen Angebotes sei es zum damaligen Zeitpunkt gewesen, eine multiprofessionelle, ganzheitliche und zielgerichtete Arbeit an den jungen Menschen und deren Familien zu leisten (Vgl. 6/2). Die Implementierung des therapeutischen Angebotes zeige insofern positive Effekte, dass junge Menschen im Rahmen des therapeutischen Settings zu einem **funktionalen Umgang mit unangenehmen Emotionen** und damit verbundenen aggressiven Impulsen angeleitet werden könnten. Dadurch komme es zu **weniger Übergriffen von Kindern und Jugendlichen auf pädagogisches Personal** und zu **weniger Sachzerstörungen** (Vgl. 6/19). Dieser Auffassung schließt sich die Heimleitung an und benennt, dass die Therapie funktionale Strategien und **soziale Kompetenzen** der jungen Menschen stärke. Dadurch hätten die Sachzerstörungen in den Wohngruppen und Polizeieinsätze seit Implementierung des therapeutischen Angebotes im KJF e.V. deutlich abgenommen (Vgl. 7/16). In der Kooperation mit der Polizei Chemnitz habe der Verein einen festen Ansprechpartner, welcher die Entwicklungen lobend bemerkt habe mit den Worten: „*Also bei euch merkt man, es ist was vorwärts gegangen (7/16)!*“. Die pädagogischen Fachkräfte in den Wohngruppen würden in ihrer Arbeitsbelastung entlastet durch diese positiven Entwicklungen. Die Therapie habe aus Sicht der Heimleitung zwar keinen unmittelbaren Einfluss auf die Hilfedauer, beeinflusse aber die Zielerreichung im Gesamthilfeprozess entscheidend positiv (Vgl. 7/16). „[...] *die Hilfelänge sollte jetzt nicht so im Vordergrund stehen von der Therapeutin. Ja, es muss am Bedarf orientiert sein (7/16).*“

Die therapeutische Arbeit trage aus Sicht der Therapeutin zudem dazu bei, dass Kinder zurückgeführt werden können, da eine intensive Elternarbeit im Therapiesetting vermutlich zur Schaffung besserer Bedingungen im Elternhaus führe. Oft sei aber eine **ambulante Hilfe im Anschluss an stationäre Hilfen** nötig. Eine **Rückführung** des jungen Menschen in das Elternhaus wird von der ASD-Fachkraft zwar **als Hilfeziel** und auch Erfolg beschrieben, aber diese wünsche sich einen differenzierteren Blick auf die Rückführung des jungen Menschen.

Eigentlich sei es nötig, auch nach der Rückführung einen Blick darauf zu werfen, ob Dinge im Familiensystem weiterhin umgesetzt würden, um das Kindeswohl langfristig zu stärken. Anschlusshilfen in ambulanter Form würden nach der Rückführung oftmals zur Stabilisierung der Erfolge und zum Übertrag ins Elternhaus empfohlen, oft aber nicht genutzt von Familien (Vgl. 1/19). Die *ASD-Fachkraft sagt hierzu Folgendes: „Man kann ja auch mit niederschweligen Familienhilfen arbeiten zum Beispiel. Dass man da auch gut dranbleibt, das Kind zu stabilisieren. Und die Übergänge von WG in den Haushalt mit neuem Alltag und neuem Umfeld wieder neu zu strukturieren (3/12).“* Grundlegend wird die **Rückführung** des jungen Menschen in den elterlichen Haushalt nicht immer angestrebt und kann demnach **nicht zwingend als Maßstab für den „Erfolg einer therapeutischen und pädagogischen Hilfe“** gesehen werden. Im Falle einer befragten Mutter schätzt diese ihre erzieherischen und psychischen Ressourcen als nicht ausreichend ein für die dauerhafte Erziehung ihres Sohnes. Zur Rückführung ihres Jungen sagt sie: *„[...] Das ist zwar ein Wunsch, aber das ist nicht realistisch in meinen Augen. [...] ich bin überfordert und [...] [mein Sohn] braucht ganz andere Sachen, die ich ihm nicht so bieten kann. Ich bin eben nicht so konsequent. Es ist zwar was, an dem ich ganz sehr arbeite, aber mir fehlt das ganz sehr. Aber das ist eben genau das, was [...] [mein Sohn] braucht. Da er so manipulativ ist, braucht er diese liebevolle, konsequente Erziehung (10/20).“* Der voraussichtliche Verbleib ihres Sohnes mache die Kindesmutter auch traurig. Sie sehe die Unterbringung ihres Sohnes jedoch als wichtige Unterstützung, um aus einer andauernden Überforderung herauszukommen und anstatt dessen beziehungsstärkende Wochenendbeurlaubungen mit ihrem Sohn auszugestalten. *„Wenn man nämlich nicht so überfordert ist und nicht so erschöpft ist, kann man nämlich die Wochenenden ganz anders gestalten und genießen (10/20).“* Als Erfolg und Effekt der pädagogischen und therapeutischen Hilfe kann es demzufolge auch gelten, wenn junge Menschen und Familien gelernt haben *„[...] wie kann ich mit dem ein oder anderen umgehen oder wo kann ich Hilfe bekommen, wenn es nicht mehr geht (1/19).“* Die Kinder und Jugendlichen dürften aber aus Sicht der Heimleitung nicht in prekäre Lebensumstände zurückkehren. Das sei nicht das Ziel (Vgl. 7/11). Aus diesem Grund spiele die Rückführungsquote eine untergeordnete Rolle, *„[...] sondern wichtiger ist es uns, dass das Kind stabilisiert wird und dass die Eltern stabilisiert werden. Und manchmal reicht es auch schon aus, wenn das Kind noch nicht wieder ganz nach Hause zurückgehen kann, aber Beurlaubungen schon wieder stattfinden können und man sich wieder annähert. [...] (7/25).“* Die **Intensivierung der Beurlaubungen** wird von einem Jugendlichen in dessen Interview nebst **Abbau** der eigenen **Ängste** als positiver Effekt der therapeutischen Hilfe gesehen. Er dürfe inzwischen mehr auf Beurlaubungen in sein Elternhaus. Als er die Therapie damals begonnen habe, habe er gar nicht auf Beurlaubungen gedurft. Die Festlegungen zur sogenannten Beurlaubung (BU) würden im entsprechenden Hilfeplan unter Einbezug der Wünsche aller Beteiligten getroffen (Vgl. 11/9). Die Therapeutin nehme der junge Mensch in den Hilfeplänen als Sicherheit und Unterstützung wahr. *„Die ist ja auch manchmal im Hilfeplan dabei und die setzt sich halt auch oft dafür ein. Für das, wenn sie es auch gut findet. [...] Zum Beispiel, sie wollte, dass ich zu Weihnachten auf BU darf. [...] (11/10).“* Die Therapeutin habe das besagte Hilfeplangespräch jedoch kurzfristig nicht begleiten können, sodass sich die Fachkräfte im Hilfeplangespräch ohne Anwesenheit der Therapeutin gegen eine Beurlaubung zu Weihnachten entschieden hätten. *„So war ich dann an Weihnachten mit einem Kind der Einzige, der nicht zu Weihnachten auf BU durfte (11/10).“* Aus dieser

Ausführung wird deutlich, dass sich die Therapeutin des Heimverbundes nach fachlicher Prüfung sehr für die Kontakte zwischen den Kindern und ihren Eltern einsetzt. Diese Unterstützung wird vor allem durch die Kinder selbst, durch die Eltern und das Jugendamt wahrgenommen. Nach Einschätzung einer ASD-Fachkraft und aufgrund komplexer Lebenslagen und Problemlagen der Kinder und Jugendlichen würden 40- max. 50 Prozent der jungen Menschen wieder in den Haushalt zurückgeführt. Grund dafür sei, dass sich Rahmenbedingungen wegen fehlender Mitwirkung oder eingeschränkter Fähigkeiten der Eltern oft nicht ausreichend verändern ließen (Vgl. 3/19). Die Bezugsbetreuung aus der WG bestätigt, dass es trotz konzeptioneller Verankerung von intensiver Eltern- und Bezugspersonenarbeit im pädagogischen und therapeutischen Kontext eine eher **geringe Erfolgsquote zur Rückführung** gebe. Die Therapie könne aber positiven Einfluss auf Rückführungskonzepte nehmen durch die Möglichkeit intensiver Elternarbeit im therapeutischen Setting (Vgl. 4/21). Zur Rückführungsquote sagt sie: *„Im Allgemeinen ist das wirklich selten der Fall, dass das wirklich gut funktioniert. Wenn, aber dann sicher auch durch die Arbeit der Therapeutin ein Stück weit (4/21).“*. Die therapeutische Hilfe habe insgesamt positiven Einfluss auf die allgemeine Zielerreichung (Vgl. 2/8). Dies beschreibt die ASD-Fachkraft wie folgt: *„Wenn alle Faktoren, die ich schon benannt habe - Problemeinsicht, Veränderungsbereitschaft, Mitwirkungsbereitschaft, Krankheitseinsicht, wenn eine Krankheit oder ein Störungsbild, positive Arbeitsbeziehung- gegeben ist und Grundlagen da sind, dann kann es sich sehr, sehr positiv auswirken. (2/8)“*. Die besten Effekte erziele das therapeutische Angebot laut ASD-Fachkraft im Gesamthilfeverlauf dann, *„wenn wirklich auch alle mitziehen. Auch eine Erkenntnis, dass es nicht nur das Kind ist, was sich ändern muss. Sondern dass auch pädagogisch und therapeutisch das Umfeld beteiligt wird (3/8).“*.

Aus Sicht der Bezugsbetreuerin wirke sich die therapeutische Hilfe positiv auf den gesamten Hilfeverlauf aus, da die Problematiken der Kinder und Jugendlichen in einem exklusiven Rahmen tiefergehend bearbeitet werden könnten. Dieser Rahmen könne im Zuge der pädagogischen Arbeit im Wohngruppenalltag nicht gewährleistet werden (Vgl. 4/9). Eine weitere pädagogische Fachkraft aus der WG habe zudem die Erfahrung gemacht, dass sich eines ihrer Bezugskinder mit beispielsweise selbstgefährdenden Gedanken und Handlungen nur der Therapeutin anvertraut habe. Im therapeutischen Setting habe die Therapeutin angemessen auf diese Problemlagen eingehen können, das Verhalten einschätzen, Entlastung und Skills erarbeiten können (Vgl. 5/5). Der pädagogische Mitarbeiter der WG gibt an, dass er sich durch **psychoedukativen** und **fallbezogenen Input der Therapeutin** in seinen Fällen **entlastet** und **unterstützt** fühle. Denn *„eines der wichtigen Sachen ist immer, den Hintergrund im Auge zu bewahren, also was das Kind erlebt hat. [...] Es macht das nicht, um uns zu ärgern, sondern es ist eine Verhaltensweise. Und das wird mitunter ganz oft in diesem Setting Therapie durch Gespräche betrachtet und uns dann auch zurückgemeldet. Mit welchem Hintergrund ist denn manche Situation zu verstehen, wenn wir davon noch nichts wussten (5/5).“* Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pädagogen und Therapeutin führe zu vertieftem Fallverstehen und helfe der pädagogischen Fachkraft bei der Reflexion eigenen, pädagogischen Handelns. Therapeutisches Wissen ergänze zudem, wenn pädagogisches Wissen nicht mehr ausreiche (Vgl. 5/6). *„Es ist eine gute Balance für mich geworden, die Rückmeldungen, die wir aus Absprachen haben oder die die Kinder mitbringen aus Therapie, quasi das dann zu nutzen und dem Kind zu helfen (5/5).“* In einem

gemeinsamen Fall mit der Therapeutin des Heimverbundes seien vor allem hinsichtlich der Elternarbeit positive Effekte erzielt worden: „ [...] wir haben in dieser Zeit viele familiäre Situationen lösen können und besprechen können, wo es quasi zu Konflikten früher kam, die dann mit [der Therapeutin] [...] bearbeitet wurden, wo auch Anspannungen der Kinder gelöst wurden, dass dann auch zu Besuchsprojekten und -modellen geführt hat, die auch begleitet sind. Ein Projekt war auch, dass die [Therapeutin] [...] einen extra Antrag gestellt hat für (...) eine Betreuung außerhalb dieser Maßnahme, also als betreuter Umgang mit Kind und Mutter (5/4).“

Aus Sicht einer Mutter habe die therapeutische Hilfe ihres Sohnes durch die Therapeutin folgende positive Effekte gezeigt: die **Stärkung des jugendlichen Selbstbewusstseins**, den **Wechsel der Schulform** von der Förderschule auf eine Regelschule, die **Stärkung der Selbstverantwortung** des Sohnes und die **Verarbeitung der Erlebnisse** mit dem leiblichen Kindesvater (Vgl. 8/4). Zudem lebe ihr Sohn nach der Rückführung nun schon wieder seit 3 Jahren im elterlichen Haushalt. Die Rückführung gibt die Mutter als Erfolg an und beschreibt den Prozess aus Familiensicht als herausfordernd: „Und wir mussten erstmal wieder unseren Alltag finden, wie wir das auf die Reihe kriegen. Aber ich denke, das haben wir gut hingekriegt (8/19).“ Auch ihr Sohn schätzt seine Therapie bei der Therapeutin des Heimverbundes als positiv ein. Er gibt an, eigene **Ängste** deutlich **verringert**, eine **Entspannung in der Mutter-Kind-Beziehung** erreicht sowie **Streitkultur** und **Emotionsregulationsstrategien verbessert** zu haben (Vgl. 9/8). Ein anderer junger Mensch gibt in seinem Interview an, dass er wegen ausgeprägter Schüchternheit, Ängstlichkeit und Schulabsentismus in die Therapie des Heimverbundes gekommen sei. Er gibt eine **deutliche Verhaltensänderung** an und sagt: „Heute bin ich ganz anders (11/1).“. Im Interview mit einer weiteren Mutter wird das Thema des Schulabsentismus erneut Thema. Diese benennt den Erfolg ihres Sohnes im Zuge des therapeutischen Angebotes: „Er schafft es heute, wieder in die Schule zu gehen. Und das ist etwas ganz Großes! Wo man sagt, für andere Kinder ist das normal. Aber für [...] [meinen Sohn] ist das was ganz Großes gewesen, auch mit Bus und Bahn zu fahren. Ja (...) (10/4).“ Zudem habe ihr Sohn an **Selbstwert** gewonnen und habe seine **Emotionswahrnehmung, -äußerung und -regulation** im Zuge der therapeutischen Begleitung **verbessert** (Vgl. 10/4).

Zusammenfassung: Die Effekte der therapeutischen Hilfe können nicht trennscharf von den Einflussfaktoren begleitender pädagogischer Hilfen betrachtet werden. Seit Implementierung der therapeutischen Hilfe gibt es im Verein jedoch weniger Übergriffe von jungen Menschen auf pädagogisches Personal und weniger Sachzerstörungen, vermutlich infolge verbesserter Emotionsregulationsstrategien und sozialer Kompetenzen durch die vertiefte, therapeutische Arbeit. Als weitere positive Effekte der therapeutischen Hilfe werden angegeben: der Abbau von Ängsten, die Stärkung des Selbstwert und der Selbstverantwortung, die Integration belastender biografischer Ereignisse und die Unterstützung beim Wechsel der jungen Menschen auf Regelschulen. Die Entlastung des pädagogischen Personals in den Wohngruppen wird durch eine psychoedukative sowie fallbezogene Beratung der Therapeutin positiv beeinflusst und als maßgeblich positiver Effekt der multiprofessionellen Zusammenarbeit von Pädagogen mit der Therapeutin des Heimverbundes bewertet. Die Rückführung als alleiniger Maßstab für den Erfolg der pädagogischen und therapeutischen Hilfe wird als irreführend und nicht ausreichend betrachtet. In machen Fällen wird die

Ermöglichung und Intensivierung von Beurlaubungen im Elternhaus als Erfolg der Gesamthilfe gesehen. Ambulante Anschlusshilfen an stationäre Unterbringungen werden als hilfreich zum Übertrag erarbeiteter Strategien aus dem stationären und therapeutischen Setting in den elterlichen Haushalt gesehen.

5.6.6. Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe

Diese Kategorie soll einen kritischen Blick auf die Hemmnisse, Spannungsfelder und Entwicklungsbedarfe in Verbindung mit dem Therapieangebot des KJF e.V. werfen und zur Verbesserung des bestehenden Angebotes anregen.

In den Befragungen der Mütter und jungen Menschen können keine Entwicklungsbedarfe bzw. Verbesserungsvorschläge benannt werden. Exemplarische Aussagen der Mütter sind: *„Nein, da gibt es leider gar nichts. Ich war wirklich voll zufrieden, wie das hier gelaufen ist (10/22).“* und *„Nein (lachen), wirklich nicht. Also es hat alles, wirklich alles, super wie ein Zahnrad ineinandergreifen (8/20).“*

Die Heimleitung des KJF hebt die **Einsparungsbemühungen des ASD Chemnitz** im Zuge der Aushandlungen des therapeutischen Angebotes und der Therapiedauer einzelner Hilfen als Spannungsfeld zwischen Finanzierung und Bedarfen hervor. So wäre es vereinzelt vorgekommen, dass Jugendämter eine Beendigung der Therapie nach kürzerer Therapiedauer gefordert hätten, um einzusparen. Insgesamt gebe es aber keinen Beendigungsdruck für Therapien durch den ASD, wenn Bedarfe transparent und nachvollziehbar dargestellt würden (Vgl. 7/15). Die **derzeitige Situation im Jugendhilfesystem in Chemnitz** zeige jedoch deutliche **Spannungen zwischen Hilfebedarfen und Bedarfsdeckung**, *„[...] [sodass] die Jugendhilfe überlastet ist, weil immer mehr Anfragen, immer mehr Fälle kommen und es gar nicht genug Wohngruppenplätze gibt. Also aktuell ist der KJND der Stadt Chemnitz völlig überfüllt (7/25).“* Ein Fachkräftemangel verschärfe die Situation und führe laut ASD-Mitarbeiterin beispielsweise in Wohngruppen dazu, dass wenig Raum für Eltern- und BZP-Arbeit bleibe und Rückführungen gefährdet würden (Vgl. 2/18). Auch in der Zusammenarbeit mit dem ASD Chemnitz müssten aufgrund zahlreicher unbesetzter Stellen Abstriche in der Zusammenarbeit gemacht werden. Vertretungssituationen seien oft ungenügend (Vgl. 4/17). Viele Fluktuationen im „Personalkarussell“ des ASD führten aus Sicht der Heimleitung insofern zu Hindernissen für die Rückführung, dass die Fachkräfte sowie Eltern zeitweise keine Ansprechpartner hätten im ASD (Vgl. 7/25).

In der **Zusammenarbeit zwischen der Wohngruppe** und der **Therapeutin** komme es manchmal zu kleineren **Konflikten** zwischen Bedarf und Umsetzbarkeit von Methoden. Die Therapeutin arbeite in diesem Kontext sehr konsequent und zielstrebig an Zielen wie z.B. Förderung der Selbstständigkeit und verlange diesbezüglich Mitarbeit von der Wohngruppe. Sie gebe Impulse zur Förderung besprochener Hilfe immer wieder erinnernd an die Wohngruppe zurück, damit diese nicht in Vergessenheit gerieten. Die Pädagogen der WG würden aber Umsetzungsprobleme bei den von der Therapeutin geforderten Handlungsstrategien anmelden. Therapeutin und Wohngruppe befänden sich diesbezüglich immer wieder im Aushandlungsprozess, um einen gemeinsamen Handlungsleitfaden zu

finden (Vgl. 5/16). Die pädagogische Fachkraft beschreibt ihr Innenleben zum Spannungsfeld mit der Therapeutin wie folgt: *„Manchmal stresst es mich extremst, weil ich das schon mehrfach versucht habe, zu begründen. Also ich finde es im Oberbegriff schon wichtig, weil an dem Themenfeld gearbeitet werden muss und wir dort auch die Sachen versuchen sollten umzusetzen und zu beschleunigen. Sie hat schon Recht, aber manchmal stresst es schon (5/16).“*. Die Therapeutin greift dieses Konfliktpotenzial ebenfalls auf in ihrem Interview und möchte diesem in der Zusammenarbeit mit den WG-Kollegen durch psychoedukative Inhalte und einem gemeinsamen Blick auf lösungsorientierte Umsetzungsstrategien entgegenwirken. Sie sagt: *„[...] wenn Kollegen in den WG's wissen, warum therapeutische Interventionen erfolgen, warum die notwendig sind aus dem Bedarf des Störungsbildes heraus und das verstanden haben, dann ist auch die Bereitschaft, das durchzuführen, ein ganzes Stück größer und mit den Kindern daran zu arbeiten (6/25).“*. Es gebe jedoch erfahrungsgemäß auch Kollegen, welche *„therapeutische Maßnahmen nur schwer einsehen können, weil sie zusätzliche Arbeit verursacht (6/25).“*. Die Heimleitung bestätigt die Kontroversen zwischen pädagogischem Blick und therapeutischen Sichtweisen und sagt: *„[...] diese Auseinandersetzungen wird es immer geben. Wir haben es uns etwas einfacher vorgestellt, aber in der Praxis ist es dann manchmal schwieriger (7/3).“*. Sie unterstützt die multiprofessionelle Zusammenarbeit durch eine vermittelnde Rolle und ermuntert pädagogisches Personal in den Wohngruppen immer wieder zur Umsetzung therapeutischer Impulse. Die Heimleitung beschreibt diese Vermittlungstätigkeit zwischen den Professionen als herausfordernd (Vgl. 7/22). In der Zusammenarbeit der Fachkräfte müsse ein gemeinsamer Weg gefunden werden. *„Denn es nützt nichts, wenn der Therapeut nach links rennt und die Wohngruppe will nach rechts. Dann funktioniert das System nicht, also dann (...) wird ja das Kind am Ende nicht wissen, wo soll es denn langlaufen (7/22).“*

In diesem Zusammenhang benennt die Therapeutin, dass sie noch **Entwicklungsbedarfe in der Zusammenarbeit mit einigen Kollegen aus den Wohngruppen** sehe. Sie wünsche sich beispielsweise beim Schicken oder Bringen der jungen Menschen durch die Kollegen mehr Zuverlässigkeit. Teilweise wünsche sie sich zudem mehr Wertschätzung des therapeutischen Angebotes, indem beispielsweise Therapietermine der jungen Menschen mehr priorisiert und nicht kurzfristig durch andere Termine abgesagt würden. Die Therapie habe einen Wert (Vgl. 6/31). Auch die Zusammenarbeit mit Lehrkräften werde teilweise als durchwachsen wahrgenommen, da diese in den vom Schulsystem vorgegebenen Strukturen gefangen schienen. Die Zeit und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit seien nicht immer gegeben (Vgl. 7/28). Als **Entwicklungsbedarf** gilt demnach die **Verbesserung der Zusammenarbeit mit Lehrkräften**, welchen Räume zur multiprofessionellen Zusammenarbeit bereitgestellt werden müssen im Schul- und Bildungssystem, besonders hinsichtlich wachsender Erziehungsbedarfe im Schulalltag. Aus Sicht der Heimleitung könnten Schulsuspendierungen durch präventive Maßnahmen wie bessere Zusammenarbeit im Netzwerk oder Nutzung milderer Mittel wie Inklusionsbegleitung vermieden werden. Denn *„[...] wenn die Lehrer und Schulen nicht mehr weiterwissen, dann ist das nächste Mittel die Suspendierung. Und dann sitzen die [jungen Menschen] 14 Tage Zuhause und das ist dann eine Katastrophe (7/28).“*

Im Sinne eines Entwicklungsbedarf der pädagogischen Arbeit mit den jungen Menschen sollten die **Partizipationsmöglichkeiten** dieser **im Zuge des Hilfeanbahnungsprozesses** verbessert werden. So könnte es beispielsweise wichtig sein, die jungen Menschen bei der

Therapieentscheidung aktiv einzubeziehen und in die Terminierung eines Erstgespräches bei der Therapeutin des Heimverbundes einzubinden. Am Bericht eines jungen Menschen wird deutlich, dass dessen Partizipationsmöglichkeiten eher eingeschränkt wurde durch die pädagogische Fachkraft in der Wohngruppe, welche den jungen Menschen kaum in die Hilfeanbahnung eingebunden habe. *„Also [...] [mein Betreuer] hat mir nichts davon gesagt. Mir wurde nur gesagt, du musst nächste Woche...nächste Woche gehe ich mit dir ins Büro. Also ich wusste das damals schon, dass hier das Büro ist...gehe ich mit dir ins Büro zu [...] [der Therapeutin] (11/4).“*

Die Beendigung der WG-Unterbringung bringt automatisch eine Beendigung der therapeutischen Hilfe mit sich trotz weiteren Bedarfs der Kinder und Jugendlichen. Gründe für eine vorzeitige Entlassung aus der stationären Hilfe sind vielschichtig und reichen von frühzeitiger Entlassung zu einem Elternteil wegen fehlendem Einverständnis der Eltern auf die WG-Unterbringung oder Verlegungen in eine andere WG außerhalb des KJF e.V.. Die Abhängigkeit zwischen WG-Unterbringung beim KJF und Nutzung des Therapieangebotes kann demnach in einigen Fällen zum Nachteil werden, da diese Abhängigkeit frühzeitige Therapieabbrüche mit sich bringen kann. Aus diesem Grund wünscht sich eine ASD-Fachkraft die **Möglichkeit einer therapeutischen Nachbetreuung** der Kinder und Jugendlichen beim KJF, wenn diese das Therapieangebot vorher lange genutzt hätten und eine stabile Arbeitsbeziehung zwischen Therapeutin und jungem Menschen entstanden sei (Vgl. 3/11). Gerade nach der Entlassung aus der WG in den elterlichen Haushalt ist eine Stabilisierung nötig, um die jungen Menschen und Eltern bei der Umsetzung von Gelerntem zu unterstützen. Eine Übergabe des Patienten an einen ambulanten Therapeuten ist zudem oftmals nicht zeitnah möglich. Dieses Problem der bisher fehlenden Nachbetreuung habe sich laut Therapeutin des Heimverbundes bereits in der vergangenen Evaluation des therapeutischen Angebotes gezeigt. Es habe sich herausgestellt, dass es vor allem bei Traumatherapien ungünstig sei, diese Kinder und Jugendlichen aus der bestehenden Therapie bei der Therapeutin des KJF herauszureißen und einen Therapeutenwechsel zu initiieren. Bisher seien diese jungen Menschen nach Beendigung der stationären Unterbringung und der damit verbundenen Beendigung der therapeutischen Hilfe an ambulante Therapeuten übergeben worden, berichtet die Therapeutin. Bisher habe die Therapeutin den Bedarf der Nachbetreuung durch eine indirekte Nachbetreuung im Zuge von „Beratungsgutscheinen“ austariert, welche sie den Kindern und Eltern am Ende der Therapie geschenkt habe. Dem Bedarf auf Nachbetreuung werde spätestens nach der nächsten Evaluation im Dezember 2022/ Januar 2023 entsprochen durch die Schaffung von 2-3 Nachbetreuungsplätzen einzurichten (Vgl. 6/5). Im Interview mit einer Mutter wird deutlich, dass diese die Beratungsgutscheine der Therapeutin im Sinne einer Nachbetreuung als Bezugsperson nutzt. *„Und ich bin der [...] [Therapeutin] da ganz sehr dankbar, dass die immer ein offenes Ohr für mich hat, dass die mich auffängt, wenn es mir wieder mal nicht so gut geht [...] (10/22).“* Die Terminierung eines gemeinsamen Gesprächs sei dabei unkompliziert und ginge zügig.

Die Therapeutin ergänzt, dass beachtet werden müsse, dass das therapeutische Angebot lediglich mit dem Jugendamt Chemnitz ausgehandelt worden sei. Das bedeute, dass Kinder auswärtiger Jugendämter, welche im stationären Bereich des KJF untergebracht seien, das Therapieangebot wegen Geldmangels des zuständigen Jugendamtes nicht nutzen könnten.

Denn der Therapieplatz müsse dann vom jeweils anderen Jugendamt extra bezahlt werden, was nicht gewährleistet werden könne oder wolle. Diesem **Hemmnis zur Nutzung des therapeutischen Angebotes** wurde durch die Therapeutin mit Ausgleichsbemühungen entgegengetreten, indem diesen Kindern im Notfall dennoch Beratung durch die Therapeutin angeboten worden sind. Dies sei aber nicht wirtschaftlich. In diesem Kontext weist sie auf das Spannungsfeld oft eingeschränkter und fehlender, finanzieller Mittel in der Jugendhilfelandchaft hin (Vgl. 6/13).

Als weiteren **Entwicklungsbedarf** sehen die ASD-Mitarbeiterinnen die **Erweiterung des therapeutischen Angebotes** durch die personelle Verstärkung der Therapeutin. So könnten Therapiekapazitäten ausgebaut werden und die Therapeutin könnte in ihrer jetzigen Arbeit entlastet werden (Vgl. 1/21). Insbesondere ein männlicher Therapeut wird sich durch eine ASD-Mitarbeiterin gewünscht, um ein Rollenmodell für männliche, ausländisch stämmige Jugendliche zu installieren (Vgl. 3/21). Seitens der ASD-Fachkraft kommt zudem der Wunsch auf, dass das bestehende Therapieangebot um Gruppentherapie in den Wohngruppen ergänzt werden könne bei übergreifenden Problemlagen (Vgl. 3/21). Der Bezugsbetreuer einer WG gibt im Interview an, eine **starke Auslastung des trägerinternen Therapieangebotes** zu spüren (Vgl. 5/7). Er wünsche sich einen Ausbau des therapeutischen Angebotes durch eine zweite therapeutische Person, sodass auch im Krankheitsfall, bei längeren Kuraufenthalten oder im Falle längerer Urlaube eine Weiterbehandlung gewährleistet werden könne. Die Fachkraft erhoffe sich zudem, dass eine therapeutische Behandlung nach Implementation einer zweiten Therapeutenperson auf den ambulanten Bereich des Trägers ausgeweitet werden könnte. (Vgl. 5/19).

Eine pädagogische Fachkraft aus der Wohngruppe macht darauf aufmerksam, dass sie sich die **Offenheit zur Nutzung externer Therapieangebote** trotz des gut funktionierenden internen Therapiesystems im Träger wünsche ohne „Superrechtfertigung“ (Vgl. 4/22). Diesem Wunsch auf Offenheit zur Nutzung externer, ambulanter Angebote begegnet die Heimleitung in ihrem Interview mit folgender Aussage: „[...] *es gibt da keine Zwänge. Also es muss nicht jedes Kind automatisch zur Therapeutin des Heimverbundes gehen, es können auch ambulante Therapien genutzt werden (7/27).*“. Aus dieser Aussage ist zu entnehmen, dass die Heimleitung keine Hemmnisse zur Nutzung externer Angebote sieht und deren Nutzung ebenso unterstützt.

Als **Hemmnis** für die therapeutische und pädagogische Arbeit wird eine teils **fehlende oder eingeschränkte Mitwirkungsbereitschaft der Eltern** benannt, welche zur Bremse im therapeutischen Prozess werden und Entwicklungsprozesse der jungen Menschen verzögern könne (Vgl. 5/10). Denn unbedingt notwendig für einen therapeutischen Prozess seien Problemeinsicht, Veränderungsbereitschaft, Anstrengungsbereitschaft und Mitwirkungsbereitschaft. Die Fachkräfte müssten sich professionell im Spannungsfeld unterschiedlich eingeschätzter Bedarfe von therapeutischen und pädagogischen Fachkräften und denen der Bürger bewegen (Vgl. 2/7). Die Therapeutin sei zudem im Zuge ihrer Abstimmung zwischen Arbeit mit dem Kind und Arbeit mit dem Bezugsfeld dazu angehalten, eine intensive und gute Elternarbeit zu leisten und das Vertrauensverhältnis zum Kind und Jugendlichen nicht zu belasten (Vgl. 3/13). Dies stelle aus Sicht einer ASD-Fachkraft ein Spannungsfeld in der therapeutischen Arbeit dar.

Zusammenfassung: Die befragten Mütter und Patienten schätzen das therapeutische Angebot als sehr gut ein und sehen keine Entwicklungsbedarfe, Spannungsfelder oder Hemmnisse. Diese werden ausschließlich von den professionellen Helfern im multiprofessionellen Team angegeben und betreffen die grob umfassten Bereiche Zusammenarbeit, Kooperation und Rahmenbedingungen. Hierzu zählt die angespannte Situation im Chemnitzer Jugendhilfesystem, welche von Fachkräftemangel, Einsparungsbemühungen des Jugendamtes, fehlenden Wohngruppenplätzen und von einem überfüllten Kinder- und Jugendnotdienst gekennzeichnet ist. Entwicklungsbedarfe werden zudem in der Zusammenarbeit zwischen Wohngruppe und Therapeutin und in der Kooperation mit Lehrkräften gesehen. In diesem Zusammenhang müssten die Bereitschaft zur Zusammenarbeit verbessert, Therapietermine zuverlässiger wahrgenommen und gelernte Dinge aus der Therapie noch aktiver in den WG-Alltag transferiert werden. Weitere Entwicklungsbedarfe ergeben sich hinsichtlich der Partizipationsmöglichkeiten der jungen Menschen bei der Therapieanbahnung. In diesen Prozess sollten junge Menschen aus den Wohngruppen des KJF e.V. noch aktiver einbezogen werden, insbesondere durch die pädagogischen Fachkräfte der Wohngruppen. Ein Konsens besteht beim Wunsch zur Erweiterung des bestehenden Therapieangebotes durch eine zweite Therapeutenpersönlichkeit mit dem Ziel der therapieinternen Angebotsvielfalt und Ausweitung therapeutischer Arbeit auf den ambulanten Bereich des KJF e.V.. Dabei wird jedoch auf die unbedingt beizubehaltende Offenheit zur Nutzung externer, ambulanter Therapieangebote hingewiesen. Als Hemmnis für den pädagogischen und therapeutischen Prozess der jungen Menschen wird eine teils eingeschränkte oder gar fehlende Mitwirkungsbereitschaft von Eltern benannt, welcher durch eine ausgeprägte Motivationsarbeit im Zuge therapeutischer Einbindung der Eltern entgegengewirkt werden soll.

5.6.7. Qualitätssicherung und Evaluation

In dieser Kategorie soll ein Augenmerk darauf gerichtet werden, wie der Evaluationsprozess im KJF e.V. ausgestaltet ist und inwieweit die Qualität des Therapieangebotes des KJF e.V. kontrolliert und gesichert wird. Der Begriff der Qualitätssicherung wird dabei wie folgt beschrieben: „Das Bemühen, eine hohe oder gute Qualität zu erreichen, wird [...] allgemein Qualitätssicherung genannt (dgv-t-bv, 2022).“.

Einer ständigen Qualitätssicherung pädagogischer und therapeutischer Arbeit mit den jungen Menschen und deren Familien werde im KJF e.V. durch **innovative Ideen** und **Implementierung neuer Hilfsansätze** entsprochen. Das therapeutische Angebot werde in diesem Zusammenhang durch die **Fachberatung**, ein **Rückführungsteam** und die Kooperation mit einem **Deeskalationstrainer** ergänzt und unterstützt. Die Fachberatung sei für die Strukturierung der Weiterbildungen, die Qualitätsentwicklung des Vereins und die weitere fachliche Beratung der Wohngruppen zuständig (Vgl. 7/29).

Das therapeutische Angebote des KJF e.V. unterliegt einer **regelmäßigen Evaluation**, welche in der Regel **aller 2 Jahre** stattfindet. Lediglich in Zeiten der Coronapandemie habe diese Evaluation aufgrund erhöhter Anforderungen an alle Hilfebeteiligten Nachrang gehabt und

habe nicht im gewohnten Rhythmus stattfinden können (Vgl. 6/5). Die Therapeutin und die Heimleitung seien vor jeder Evaluation dazu angehalten, einen **Evaluationsbericht** zu verfassen, welchen die Therapeutin dem Jugendamt dann in einem größeren Gremium vorstelle. Zu diesem Gremium gehörten folglich ASD- Teamleitung, ASD-Fachberatung, die Controlling-Abteilung des ASD, die Geschäftsführung des KJF e.V., Heimleitung und Therapeutin. In den Evaluationsbericht würden Informationen zu folgenden Fragen einfließen: Wie viele junge Menschen haben die Therapie im Berichtszeitraum in Anspruch genommen? Wie haben die jungen Menschen und deren Eltern die Therapie bewertet in den Evaluationsbögen? Wie viele Abbrüche gab es? Wie viele Rückführungen gab es? Welche Entwicklungsbedarfe ergeben sich? (Vgl. 7/24). Die Ergebnisse der Evaluation würden dem Jugendamt und dessen Finanzabteilung aller 2 Jahre vorgestellt, sodass es auf Grundlage dieser Ergebnisse in einen neuen **Aushandlungsprozess des therapeutischen Angebotes** ginge. Derzeit sei ein monatlicher Kostensatz von 845,99 Euro pro Therapieplatz ausgehandelt. In den letzten Evaluationen hätte sich jedoch gezeigt, dass der therapeutische Bedarf im Verein größer sei als die verhandelten Plätze. Derzeit habe die Therapeutin bei einer Pauschale für ursprünglich 8-10 verhandelte Therapieplätze immer zwischen 10-14 junge Menschen in der Therapie. Die Kostenberechnung sei im Mittel von 9 Plätzen berechnet worden (Vgl. 7/7 & 7/8).

Bei der letzten Evaluation seien außerdem Bedarf und **Potenzial einer therapeutischen Nachbetreuung** für Kinder und Jugendliche nach Beendigung der stationären Hilfe deutlich geworden, um Therapeutenwechsel zu vermeiden und die Anwendung der erarbeiteten Strategien im familiären Alltag zu begleiten. Im Nachgang sei sich um eine **zweite Therapeutenperson** bemüht worden durch Ausschreibung der Stelle. Es habe sich jedoch keine passende Person finden lassen. *„Weil die Psychotherapeuten, die auf dem Markt sind, machen ja meistens ihre eigene Praxis und (...) haben vielleicht jetzt nicht so das Bedürfnis, in den Heimverbund zu gehen (7/24).“* Weitere Evaluationen hätten zudem den Bedarf auf **Schulung der pädagogischen Mitarbeiter** hinsichtlich psychologischer Grundlagen ergeben. Daraufhin habe die Therapeutin in den Wohngruppen mehrfach zu Grundlagen über Störungsbilder referiert und Fragen von Mitarbeitern beantwortet. *„Ja, das hat sich bewährt. [...] weil Kinder plötzlich Auffälligkeiten haben, die [...] [die Mitarbeiter] gar nicht einordnen können [...] Und deswegen braucht es manchmal auch so eine Art "kleine Weiterbildung" auch. [...] da gab es das eben auch schon, dass dann die Therapeutin auch mal mit der Lehrerin spricht und dann auch mal darauf schaut, wie gehen denn die Lehrer mit dem Kind oder mit dem Schüler um (Vgl. 7/28).“* Die Heimleitung spricht demzufolge nicht nur die Einbindung der Fachkräfte aus den Wohngruppen an, sondern benennt auch die Möglichkeit **zur Schulung der Lehrkräfte** als Chance des therapeutischen Angebotes. Die Offenheit der pädagogischen Fachkräfte für **Weiterbildungen mit psychologischem und therapeutischem Inhalt** könnte ganz allgemein ein qualitätssicherndes Merkmal darstellen aus Sicht der Therapeutin. Vor allem unter dem Hintergrund des Fachkräftemangels müssten hierfür jedoch zeitliche (und finanzielle) Ressourcen des Vereins bereitgestellt werden (Vgl. 6/31).

Das **Dokumentationswesen** soll als qualitätssichernde Maßnahme im pädagogischen und therapeutischen Bereich angeführt werden. In den Wohngruppen finde in diesem Kontext eine tägliche Dokumentation anhand des Dokumentationsprogrammes DARWIN statt (Vgl. 5/14). Auch der ASD berichtet Hilfeplangespräche und Fachgespräche schriftlich festzuhalten

und mit den am Hilfeprozess Beteiligten zu teilen (Vgl. 3.15). In der Therapie werde ebenfalls jede Therapiestunde dokumentiert, in einer Papierakte abgeheftet sowie datenschutzkonform in einem Panzerschrank verwahrt. In Notfällen wäre die Akteneinsicht unter Einverständnis möglich, um „den Therapieprozess transparent zu gestalten (6/11)“.

Laut Therapeutin würden in den Evaluationsprozess die jungen Menschen, deren Eltern und die pädagogischen Fachkräfte aus der Wohngruppe einbezogen, welche **Evaluationsbögen** erhalten und deren Einschätzung immer auch persönlich abgefragt werde. Zudem seien die **Hilfeplangespräche** ebenfalls als evaluatives Element zu verstehen, da dort regelmäßige Einschätzungen zur Zielerreichung erfolgen würden (Vgl. 6/28). Diese würden schriftlich festgehalten und allen Beteiligten im Anschluss ausgehändigt. Dieses Vorgehen gebe allen Beteiligten die Möglichkeit, eigene Aufgaben einzugrenzen und Besprochenes auch noch einmal nachzulesen (Vgl.3/15). Hierbei sind die Wohngruppen ebenso zur schriftlichen Zuarbeit verpflichtet wie auch die Therapeutin. Berichte gingen laut Aussage der Therapeutin an das Jugendamt, welches Geldgeber sei (Vgl. 6/12). Die Therapeutin selbst führe in der Therapie **Prä- und Posttests** durch im Zuge der **Diagnostik**, sodass sich Erfolge neben qualitativer Einschätzung auch quantitativ zeigen würden (Vgl. 6/28). Dem Interview mit der Bezugsbetreuung aus der WG ist zu entnehmen, dass diese die Aufgabe zur Evaluation des therapeutischen Angebotes vor allem bei der Therapeutin selbst sieht. Die Evaluation erfolge insofern in Zusammenarbeit mit den Pädagogen aus den Wohngruppen, als dass diese von der Therapeutin durchaus zu deren Sicht auf Entwicklung und Effekt der Therapie befragt würden (Vgl. 4/20). Sie gibt in diesem Kontext an, sich eine **fallbezogene Evaluation** in einem größeren Rahmen vorstellen zu können (Vgl. 4/23). Die ASD-Fachkraft gibt im Interview an, nicht unmittelbar in die Evaluation des therapeutischen Angebotes einbezogen zu werden und die Ergebnisse vergangener Evaluationen nicht zu kennen. Die Fachkraft wünscht sich den Einbezug in die Evaluation insofern, Feedbackschleifen hinsichtlich der Arbeitsabläufe im Hilfeprozess zu evaluieren. Dabei ist es ihr Ziel, Prozesse im ASD oder in der Zusammenarbeit mit der Therapeutin weiterzuentwickeln. Sie sieht sich aber nur wenig in der Lage, das therapeutische Angebot hinsichtlich seiner Qualität zu evaluieren, wäre aber am Gesamtergebnis der Evaluationen interessiert (Vgl. 1/18). Eine weitere ASD-Fachkraft gibt an, dass es eine Evaluation der Zusammenarbeit mit dem Gesamtträger des KJF e.V. gebe. Im Sinne einer aussagekräftigen Evaluation des therapeutischen Angebotes wünscht sich die ASD-Fachkraft eine **gesonderte Bewertung des therapeutischen Angebotes**, denn „...[[bisher] hat man das in der WG mit vermerkt. Wenn also die WG nur die 4 bekommen würde, Frau Z. aber eine 1, dann wird es eine 2,5. Aber man kann es eben nicht trennen. Es wäre schön, wenn so etwas noch irgendwie organisiert wird (3/18).“. Eine weitere Fachkraft berichtet, dass die Evaluation von Hilfen im ASD durch Statistiken zu den Punkten Zusammenarbeit, Qualität der Zuarbeit, Angemessenheit der Hilfe, Qualität des Austausches, Reaktion des Trägers in schwierigen Situationen stattfinde. Eine gesonderte Bewertung oder Evaluation zum Austausch mit der Therapeutin gebe es jedoch nicht. Die Qualität der Zusammenarbeit würde insgesamt als außerordentlich gut eingeschätzt, denn „[die Therapeutin] will das in erster Linie und fordert das auch beim Träger ein, dass diese Qualität der Arbeit auch möglich ist und dass sie dafür auch kämpft. Der Träger nimmt das ja auch auf. Da muss man ja den Träger auch loben, dass sie das erkannt haben und auch fördern (2/15).“.

Als qualitätssicherndes Merkmal der pädagogischen und therapeutischen Arbeit können die regelmäßigen **Teamberatungen** (mind. 2x im Monat) **in den Wohngruppen** gesehen werden, welche Raum zum Informationsaustausch, multiprofessionellen Blick auf Fallverläufe und zur Reflexion professionellen Handelns geben (Vgl. 5/14). In diesen Teamberatungen könnten Konflikte, Ereignisse, Maßnahmen nachbesprochen werden und es könne gemeinsam nach sinnvollen Interventionsstrategien geschaut werden. Die „supervisorisch“ anmutende **Beratung durch die Therapeutin** kann dabei bedarfsgerecht und flexibel eingefordert werden durch die pädagogischen Fachkräfte der stationären Einrichtungen. Die Therapeutin betont, dass pädagogisches und therapeutisches Wissen gleichermaßen voneinander profitieren würden im multiprofessionellen Austausch (Vgl. 6/20). **Regelmäßige Supervisionen** werden ebenfalls als qualitätssicherndes Merkmal und unterstützender Faktor in der pädagogischen und therapeutischen Arbeit am jungen Menschen und der Familie gesehen. Dabei wird in **pädagogische Supervisionen** für Mitarbeiter in den Wohngruppen und in **therapeutische Supervisionen** für die Therapeutin des Heimverbundes unterschieden. **Therapeutische Supervisionen** fänden laut Aussage der Therapeutin aller 2-3 Monate statt und würden Raum zur vertieften Reflexion schwieriger Fälle und zur Erweiterung therapeutischen Wissens und therapeutischer Methodik geben (Vgl. 6/20).

Die **Einhaltung der Schweigepflicht** wird von den Fachkräften aus dem ASD und von der Therapeutin als qualitätssicherndes Merkmal und als Grundvoraussetzung zum Austausch im Netzwerk gesehen (Vgl. 3/9). So erfolge die Berichterstattung gegenüber dem ASD als Auftraggeber lediglich mündlich und nach vorheriger Absprache mit dem Kind, dem Jugendlichen und den Eltern. „[...] *das Therapiegeheimnis... es ist ein ganz wichtiger Punkt meiner Arbeit, weil ich denke, dass das auch eine Voraussetzung ist, um Menschen in der Therapie zu halten (6/12).*“ Diese Aussage verdeutlicht, dass die Einhaltung der Schweigepflicht nicht nur **als qualitätssichernd**, sondern auch **als vertrauens- und beziehungsstärkendes Element** gesehen wird durch die Therapeutin. Die befragten jungen Menschen bestätigen, dass sie sich der Verschwiegenheit der Therapeutin zu jeder Zeit sicher gewesen seien (Vgl. 9/12). Ein Jugendlicher benennt im Interview, dass die Therapeutin den ihm gegenüber versichere, „[...] *dass alles, was in dem Raum gesprochen wird, auch in dem Raum bleibt (11/14).*“. Schriftliche Berichte an das Jugendamt gingen immer mit Einverständnis der Eltern und/ oder Erziehungsberechtigten heraus und würden beispielsweise verfasst, wenn eine Inklusionsbegleitung beantragt sowie begründet werden müsse. Weitere schriftliche Berichte gingen an weiterbehandelnde Ärzte und Therapeuten zur Übergabe der Diagnostikergebnisse und Informationen über den Therapieverlauf (Vgl. 6/12).

Zusammenfassung: *Insgesamt wird der Evaluationsprozess des therapeutischen Angebotes im KJF e.V. als sehr gut eingeschätzt, da er regelmäßig stattfindet unter Einbindung eines umfassenden Gremiums aus Hilfeempfänger, pädagogischer Fachkraft, Heimleitung, Therapeutin und ASD. Er wird durch ein vereinsinternes Selbstverständnis von stetigen Bemühungen zur Umsetzung von Entwicklungsbedarfen geprägt. Zudem kommt der Evaluation aller 2 Jahre eine enorme Wichtigkeit zu, da sie Grundlage für den Aushandlungs- und Weiterbewilligungsprozess des therapeutischen Angebotes durch das Jugendamt darstellt. Zum Erhalt des therapeutischen Angebotes muss sich demnach entwickelt und stetig angestrengt werden. Als qualitätssichernde Merkmale des therapeutischen Angebotes*

gelten regelmäßige Supervisionen und ein regelmäßiger multiprofessioneller Austausch in Teamberatungen. Eine unbedingte Einhaltung der Schweigepflicht als Qualitätsmerkmal wird von allen Beteiligten bejaht. Insgesamt wird zudem ein recht umfassendes Dokumentationswesen in den Wohngruppen und im Therapieangebot beschrieben. Durch institutionell geförderten multiprofessionellen Austausch oder Beratungen der Fachkräfte durch die Therapeutin wird eine Verknüpfung beider Professionen hergestellt, was insgesamt zur Qualitätssteigerung und zur Vermeidung von Überforderung beiträgt. Bisherige Evaluationen haben den Bedarf auf Nachbetreuungsplätze nach Beendigung der Therapie, Erweiterung des Therapieangebotes durch eine 2. Therapeutenpersönlichkeit und Schulung der pädagogischen Mitarbeiter ergeben. Die Bemühungen zur Umsetzung der Entwicklungsbedarfe scheinen insgesamt sehr gut. Ihnen wird durch innovative Ideen und Offenheit für neue Hilfeansätze entsprochen. In der weiteren Evaluation sollte jedoch eine gesonderte Evaluation des Therapieprozesses ermöglicht werden, um eine trennschärfere Bewertung des Therapieangebotes zu ermöglichen. Weiterhin wünschen sich die ASD-Fachkräfte eine stärkere Einbindung.

5.6.8. Potenziale des therapeutischen Angebotes

Diese Kategorie erscheint von besonderer Wichtigkeit, da sie die Potenziale des Therapieangebotes beim KJF e.V. herausstellen und zusammenfassen soll. Ein Überblick zu den spezifischen Chancen des Therapieangebotes soll Rückschlüsse auf die Potenziale der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Jugendhilfe zulassen.

In der Frage nach Potenzialen des therapeutischen Angebotes wird deutlich, dass die Therapeutin mit viel Herz für ihr Konzept der therapeutischen Arbeit in der Jugendhilfe einsteht. Sie benennt, dass sie Menschen erreichen wolle, denen der **Zugang zur Therapie** sonst schwerfalle. Gründe hierfür könnten schlechte Vorerfahrungen mit Hilfesystemen sein, eine sich daraus ergebende geringe Motivation und die Komplexität der Symptomatiken, welche den Weg zur Therapie erschweren würden. Sie sagt in diesem Kontext: „*Ich wünsche mir ganz sehr, dass Therapie im Sinne der Kinder und Jugendlichen stattfindet, dass Therapie Spaß macht, dass Therapie ein geschützter Rahmen ist, wo Kinder sich wohlfühlen, wo Kinder reden können. Ich wünsche mir, dass Therapie für Eltern ein Raum ist, wo sie sich öffnen können trotz Verbindung zum Jugendamt, dass sie sich also dort angenommen und gehört fühlen (6/32).*“. Die **strukturell vereinfachte Therapieanbindung** der Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen im trägerinternen Therapieangebot stellt ein Potenzial dar, da Hürden zur Anbindung an eine Therapie verringert werden. Zu den Hürden der Therapieanbindung bei ambulanten Therapeuten zählen beispielsweise lange Wartezeiten und fehlende Rückmeldungen durch Therapeuten auf Anfragen der Familien. Zudem müssen junge Menschen und Familien bei der Suche nach einem Therapieplatz ein gewisses Maß an Organisationsfähigkeit und Durchhaltevermögen mitbringen, welches bei manchen Familien in der Jugendhilfe eher gering ausgeprägt sind. Dies erschwert den Zugang zur Therapie erheblich. Die folgende Aussage eines jungen Menschen, welcher die Therapie beim KJF genutzt hat, stellt die vereinfachten Hilfeanbahnungsprozesse in groben Zügen dar. „*Also ich war dann ein paar Wochen dort [in der Wohngruppe] und dann hatte ich einen Termin, dass*

ich hier zur Therapie kommen soll. Und dann war ich dann bei der Therapie jede Woche immer (9/6).“

Innerhalb des therapeutischen Konzeptes könne die Therapeutin sehr **bedarfsgerecht handeln, ohne finanzielle oder organisatorische Beschränkungen** durch die Krankenkasse zu erwarten. **Flexibilität, Bedarfs- und Lebensweltorientierung** seien in der Arbeit mit jungen Menschen und Familien innerhalb des Jugendhilfesystems unbedingt notwendig. Dies zeige schon die spezifischen Anforderungen beim Beziehungsaufbau, für welchen sich Zeit gelassen werden könne durch bedarfsgerechte Verschiebung der Testungen in spätere Stunden (Vgl. 6/31). Dieses Potenzial beschreibt sie wie folgt: *„[...] Also das ist auch etwas Positives, [...], dass ich mir für den Beziehungsaufbau- für Probatorik, die Tests, die in dieser Zeit durchgeführt werden- sehr viel Zeit lassen kann. [...] in den ersten Stunden mache ich erstmal gar keine Tests mit den Kindern und mit den Jugendlichen oder mit den Eltern. [...] Weil aus meiner Sicht der Beziehungsaufbau ein großer Grundstein oder ein wichtiger Grundstein ist für eine gelungene Therapie, für Vertrauen, für eine gute Arbeit (6/10).“* Flexibilität und Freiheit in der therapeutischen Arbeit ergeben sich durch die **pauschale Finanzierung des Jugendamtes**. Diese erfolge für insgesamt 8-10 Therapieplätze.

Als Potenzial des therapeutischen Angebotes beim Träger wird eine **geringe Wartezeit** angegeben, welche aus Sicht der ASD-Mitarbeiterin meist sogar weniger als 4 Wochen beträgt. *„Bisher habe ich da den Träger als sehr flexibel und schnellhandelnd erlebt. Also wenn es festgehalten wurde, dass die Bedarfe da sind oder gar eine Notlage, dann wurde das aus meiner Erfahrung heraus schnell umgesetzt (1/6).“* Ein Mitarbeiter aus einer WG und ein junger Mensch bestätigen die geringe Wartezeit von etwa einem Monat in ihren Interviews (Vgl. 5/7 & 11/14). Die Heimleitung fügt ein exemplarisches Beispiel für die meist geringe Wartezeit im Träger an: *„Also, wenn die Therapeutin freie Plätze hat, dann kann es eigentlich unmittelbar losgehen. Wir hatten auch schon Fälle: Wohngruppe ruft nachmittags an "Das und das ist passiert. Und wir brauchen dringend mal jemanden, der uns dabei unterstützt.", dann ist die Therapeutin auch schon in die Wohngruppe gefahren und hat da vor Ort agiert, sofort und gleich (7/13).“* Die derzeitigen Wartezeiten bei ambulanten Therapeuten seien der Heimleitung nicht präsent, da die meisten Kinder im Therapieangebot des Trägers untergebracht würden.

Eine Mutter benennt, dass sie die trägerinterne Verbindung der stationären, ambulanten und therapeutischen Hilfe schätze: *„Also ich fand das toll (8/5)!“*. Die **konzeptionelle Verankerung regelmäßigen, interdisziplinären Austausches** zwischen den am Hilfebeteiligten kann als weiteres Potenzial begriffen werden. Eine ASD-Fachkraft benennt: *„[...] die Flexibilität, die Erreichbarkeit und auch die enge Zusammenarbeit und Beteiligung. Das ist hier wie ein ungeschriebenes Gesetz. (1/20)“*. Das Wissen über das Hilfsangebot des KJF e.V. bringe zudem eine gute Vernetzung zwischen dem ASD und dem KJF e.V. mit sich, insbesondere mit dem therapeutischen Angebot. Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit erfolgt nicht nur durch die regelmäßige Teilnahme der Therapeutin an Teambesprechungen in der WG oder an Hilfeplangesprächen, sondern findet sich auch in regelmäßigem telefonischem Austausch zwischen den Fachkräften wieder (Vgl. 4/19). Die Bezugsbetreuerin aus der WG stellt dieses Potenzial wie folgt heraus: *„Also für mich ist das natürlich sehr unterstützend. Und es ist einfach super, weil dann wirklich alle, die ja einen großen Teil an*

dieser Arbeit leisten, die ja mit dem Kind passiert, an einem Tisch sitzen. Und alle ihren Input geben können. Und dementsprechend ist natürlich von Vorteil, wenn die Therapeutin dabei ist [...] (4/19).“ Im Zuge der Interviews konnte bei allen Befragten eine Selbstverständlichkeit zur Teilnahme der Therapeutin an Hilfeplangesprächen im Jugendamt oder in den Wohngruppen eruiert werden. Dies stellt ein besonderes Potenzial im Sinne einer **Kommunikationsbereitschaft** und **multiprofessionellen Arbeitsbereitschaft** dar. Eine pädagogische Fachkraft aus dem stationären Bereich lässt der HPG-Teilnahme der Therapeutin folgende Bedeutung zukommen: „Ich finde das sehr wichtig und gut, weil sie auch therapeutisch Sachen begründen kann dort in diesem Hilfeplan. Ich hatte sie in meinem Fall über die Hilfeplangespräche hinaus auch zu Krisengesprächen in der Schule mit dabei. Wo sie therapeutisch begründet, Verhaltensweisen darlegen konnte, die dort eigentlich sehr wichtig waren, zu erläutern, die ich sonst so gar nicht beobachten kann aus meiner Betreuerfunktion (5/15).“ Der Pädagoge habe bereits viele solcher Gespräche mit der Therapeutin gemeinsam gestaltet und berufe sich auf die Zusammenarbeit mit ihr (Vgl. 5/15). Die Bezugsbetreuerin aus der Wohngruppe stellt die **enge Vernetzung innerhalb des Trägers zwischen den unterschiedlichen Fachkräften** als besonders unterstützendes Element heraus, da dies eine Netzwerkarbeit vereinfache und eine **professionsübergreifende Arbeit an den Themen** der Kinder ermögliche. Es sei besonders hilfreich, dass Mitarbeiter der Wohngruppe, die Therapeutin auch kurzfristig beratend hinzuziehen könnten. „Weil wenn das eben nicht stattfindet, dann fehlen die Infos einfach, um auch an gewissen Punkten arbeiten zu können (4/12).“ Zudem würden kurze Wege innerhalb des Trägers zu einer engen Vernetzung beitragen, laut Therapeutin des Heimverbundes (Vgl. 6/17). Kurze Wege sind hierbei durch günstige, örtliche Begebenheiten und organisatorische Rahmenbedingungen zu verstehen. Sie begünstigen eine zeitnahe und adressatengenaue Übermittlung von wichtigen Informationen im Netzwerk. Eine pädagogische Fachkraft aus der WG benennt dazu, dass die trägerinterne Vernetzung **Transparenz** und **Vertrauen** schaffe in der Zusammenarbeit, sodass sich pädagogische Fachkräfte aufgrund des gewachsenen Vertrauens und im Sinne einer Aufgabenteilung eher trauten, Überforderungstendenzen anzuzeigen und Aufgaben abzugeben (Vgl. 5/18). Dieser Aspekt entspricht einem oft unausgeschöpften Potenzial innerhalb der Sozialen Arbeit und ist als **Entlastung** und **präventive Maßnahme gegen Überlastung der Mitarbeiter in stationären Einrichtungen** zu sehen. Bei der Beschreibung zur Entstehungsgeschichte des therapeutischen Angebotes gibt die Heimleitung im Interview an: „Ja, also es war so, dass wir im Heimverbund immer wieder Probleme hatten mit Kindern mit besonderen Herausforderungen, vielleicht auch mit komplexen Hilfebedarfen. Und wenn dann etwas Therapeutisches gesucht wurde, haben wir keine Plätze gefunden [...]. Das hat einfach zu lange gedauert (7/1).“ Infolge dessen sei es wegen fehlender therapeutischer Unterstützung und Überforderung des Personals zu Hilfeabbrüchen oder zum Aufenthalt der Kinder und Jugendlichen im Kinder- und Jugendnotdienst (KJND) gekommen. Die Gesamtheit aus Sachzerstörungen in den Wohngruppen, Überforderungsanzeichen bei den pädagogischen Fachkräften, langen Therapiewartezeiten und vermehrten Hilfeabbrüchen hätten schließlich die Idee einer eigenen Therapeutin auf den Plan gerufen. Aus der neu verhandelten und gewonnenen Therapeutenstelle im Verein hätten sich schließlich enorme Potenziale in der Arbeit mit den Kindern, Jugendlichen, jungen Volljährigen und Familien im Verein gezeigt. Durch die pauschale Finanzierung sei der Therapeutin ein bedarfsgerechtes und flexibles

therapeutisches Handeln möglich. Es werde zudem unnötige Antragsarbeit vermieden durch die ausgehandelte Pauschalfinanzierung mit dem Jugendamt. Es seien **sofortige Interventionen** durch Unterstützung der therapeutischen Fachkraft **in Krisensituationen** möglich geworden. (Vgl. 7/2). In Akutsituationen interveniere die Therapeutin des KJF e.V. unmittelbar und schnell aus Sicht der Jugendamtsmitarbeiterin. Die Bezugsbetreuerin aus der WG benennt über Akutsituationen hinaus, dass ihr Bezugskind die Therapeutin jederzeit anrufen könne und flexible Terminvereinbarungen möglich seien bei Bedarf (Vgl. 4/3). Ihr Bezugskind nutze das Beziehungs- und Therapieangebot durch die Therapeutin. Eine vergangene ambulante Therapie habe sie hingegen als wenig hilfreich empfunden. Auch die Therapeutin bestätigt, dass in Krisensituationen, z.B. beim Tod eines Elternteils, selbstverletzendem Verhalten oder aggressivem Verhalten in der Wohngruppe, eine **flexible Frequentierung der Therapiestunden** bis zu 2mal pro Woche möglich sei (Vgl. 6/6). Mehr Potenziale sieht eine ASD-Mitarbeiterin in den zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen im Therapieangebot des KJF e.V., welche die **Durchführung intensiver Expositionen oder Verhaltensexperimente** ermögliche und vor allem **Brücken in den Alltag** der jungen Menschen und Familien baue (Vgl. 2/16).

Zur Ausschöpfung des Potenzials in der Therapie wird die **Therapeutenpersönlichkeit** als ein wichtiger Faktor angesehen. Eine ASD-Mitarbeiterin reflektiert, dass die Therapeutin bestrebt sei, die Therapie zeitnah zu ermöglichen und in akuten Fällen zu priorisieren. Das besondere Potenzial des therapeutischen Angebotes entfalte sich vor allem durch die Therapeutenpersönlichkeit, welche sich durch Fachlichkeit, Engagement und eine Arbeit mit „Herzblut“ auszeichne. Das „Herzblut“ der Therapeutin beschreibt die Mitarbeiterin des ASD wie folgt: *„Also sie brennt für ihre Aufgabe. Sie will das Beste für die Kinder, die Jugendlichen und das Familiensystem rausholen. Ähm (...) und dementsprechend handelt sie auch. Sie ist immer präsent, zuverlässig [...] (2/5). „Ich bewundere sie ganz sehr für ihre menschliche und fachliche Kompetenz (2/17).“* Die Heimleitung ergänzt: *„Und ich glaube, wir haben eine Therapeutin, die einfach dieses Gefühl/ Feeling hat für diese Situationen und auch für diese Menschen. Und das braucht es einfach. [...]. [...] [Die Therapeutin] kennt den Heimverbund, die kennt die Wohngruppen, die weiß auch, was Vor- und Nachteile sind, die kennt die Mitarbeiter und die hat dann auch einen anderen Blick auf die (...) die Geschichten und die Kinder selbst (2/18).“* Die Kenntnis über die Wohngruppen und deren Kinder wird dementsprechend als Potenzial betrachtet, da die Erzählungen der Kinder, welche in die Therapie kommen, mit dem Vorwissen der Therapeutin über Strukturen des Wohngruppenalltages und über andere Kinder ergänzt werden kann.

Eine Bezugsbetreuerin beschreibt die für einige Kinder und Jugendliche zur Verfügung gestellte Therapie als *„[...] Rahmen [...], der abseits vom Alltag ist und abseits von der Gruppe des Kindes oder des Jugendlichen und das einfach so eine Zeit für den Jugendlichen alleine ist. [...] und es ist einfach für die Kinder und Jugendlichen aus meiner Sicht eine unfassbar große Ressource (4/18).“* In diesem Kontext komme auch der Vernetzung zwischen WG-Mitarbeitern und Therapeutin eine große Bedeutung bei, da wichtige (Problem-) **Themen des Alltages** mit der Therapeutin ausgetauscht werden und durch die Therapeutin ggf. **mit dem Kind in der Therapie bearbeitet** werden könnten (Vgl. 4/18).

Die Heimleitung bringt der Therapeutin in ihrer Arbeit Wertschätzung entgegen und weist auf die **positive Elternarbeit** als Potenzial des Therapieangebotes im Verein hin: „*Ich möchte noch einmal sagen, dass ich den Therapeuten des Heimverbundes keinesfalls mehr missen möchte. Also das ist ein ganz wesentlicher Baustein, der uns unterstützt [...]. [...] Und ich weiß, so wie die Therapeutin auch mit den Eltern arbeitet, das könnte niemand anderes SO machen. [...] (7/30).*“. Das therapeutische Angebot des KJF e.V. bietet eine systemisch ausgeprägte, therapeutische Arbeit, das heißt die Familie wird eng in den Hilfeprozess eingebunden trotz Fremdunterbringung des jungen Menschen. Eine ASD-Fachkraft stellt diese als besonders gut heraus: „*Die Familientherapie an sich habe ich in keiner anderen Hilfe so zuverlässig laufen (1/9).*“ Eine intensive Elternarbeit sei Grundlage von Rückführungsideen, um entsprechende Bedingungen im Elternhaus zu schaffen. Die WG könne diese jedoch aufgrund eines zu geringen Mitarbeiterschlüssels nicht leisten. Additiv zum therapeutischen Angebot des KJF, welches bisher den Hauptteil der Eltern- und Bezugspersonenarbeit übernimmt, werde deswegen eine Rückführungsgruppe installiert im Verein. Diese beziehe die Eltern im Sinne eines Familienrates ab Beginn der stationären Unterbringung des jungen Menschen intensiv ein (Vgl. 7/25). Ziel der **intensiven Elterneinbindung in die Hilfsprozesse** durch das therapeutische Angebot und das Rückführungsteam sei die Vermeidung von jahrelangen Aufenthalten der jungen Menschen in der Heimerziehung (Vgl. 7/25).

Zusammenfassung: *Aus den Befragungen ergeben sich zahlreiche Potenziale, durch welche sich das Therapieangebot des Heimverbundes in besonderer Weise von ambulanter Kassentherapie abhebt. Es vereinfacht Menschen aus dem Jugendhilfesystem Zugang zur Therapie durch eine strukturell vereinfachte Therapieanbindung und eine gute Vernetzung im Verein. Zudem bietet es besonders in der derzeitig angespannten Versorgungslage eine geringe Wartezeit von meist weniger als 4 Wochen bis zum Erstgespräch und Therapiebeginn. Die therapeutische Arbeit im Heimverbund weist ein hohes Maß an Flexibilität bei der Frequentierung und Gestaltung der Therapiestunden und eine Bedarfs- und Lebensweltorientierung auf infolge wegfallenden Beschränkungen durch die Krankenkassen. Anstatt dessen stehen zeitliche Ressourcen und ein Selbstverständnis von regelmäßigem, interdisziplinärem Austausch zwischen Pädagogen und Therapeutin zur Verfügung. Dies ermöglicht eine professionsübergreifende Arbeit, welche als Element der Mitarbeiterschulung und präventive Maßnahme gegen Überlastung von Mitarbeitern im stationären Bereich zu sehen ist. Der Therapeutin ist es möglich, Unterstützung bei sofortigen Kriseninterventionen in der Wohngruppe anzubieten, oder mit einer höheren Frequentierung der Therapiestunden entgegenzuwirken. Eine intensive Elternarbeit wird vor allem im therapeutischen Setting gewährleistet und bietet das Potenzial, Rückführungsideen maßgeblich zu unterstützen. Die Therapeutenpersönlichkeit wird hinsichtlich ihres Engagements und ihrer Fachlichkeit als gesondertes Potenzial des Therapieangebotes beschrieben.*

5.6.9. Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie

In dieser Kategorie soll das therapeutische Angebot des KJF mit den Grundzügen einer ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verglichen werden, um Potenziale der

therapeutischen Arbeit im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes herauszustellen. Die Aussagen der Therapeutin des Heimverbundes werden zu diesem Zweck mit den Aussagen einer ehemaligen KJHG-Therapeutin und jetzigen Kassentherapeutin aus Berlin verglichen.

(6/8) Im Interview mit der Therapeutin des Heimverbundes wird deutlich, dass diese eine bewusste **sprachliche Unterscheidung** zwischen „**Patienten**“ und „**Klienten**“ unternimmt. In ihrer therapeutischen Arbeit nutze sie am ehesten den Begriff des „Klienten“, favorisiere jedoch die Begriffe „**Eltern und Kinder**“. Die Begriffe „Klient“ und „Patient“ gingen ihrer Meinung nach mit Stigmata einher, welche sie in ihrer Arbeit sprachlich bewusst vermeiden wolle. Dies kann zwar als subjektive Haltung der Therapeutin interpretiert werden, stellt im Vergleich zur selbstverständlichen Nutzung des Begriffes „Patient“ in der Kassentherapie jedoch einen Unterschied dar.

Ein deutlicher Unterschied zwischen dem therapeutischen Angebot des KJF e.V. und einer ambulanten Therapie ergibt sich hinsichtlich der **Zielgruppe**. Im Therapieangebot des Heimverbundes des KJF e.V. handelt es sich ausschließlich um Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, welche bereits im Kinder- und Jugendhilfesystem angebunden sind und in stationären Einrichtungen des KJF leben. Diese haben oft Vernachlässigung erfahren oder schauen auf schwerwiegende Lebensereignisse in ihre Herkunftsfamilie zurück. Komplexere und tiefgreifendere Auffälligkeiten können damit einhergehen. Bei ambulanten Therapeuten ist diese Zielgruppe nicht die Regel. Kommt es im ambulanten Therapieprozess jedoch dazu, dass neben therapeutischen Bedarfen auch pädagogische Maßnahmen empfohlen werden müssen durch den Therapeuten, so werden die Hemmnisse zur Anbindung der Kinder, Jugendlichen und Familien ans Kinder- und Jugendhilfesystem als recht groß eingeschätzt. Dies könnte zum einen an einer ablehnenden Haltung von Eltern dem Jugendamt gegenüber liegen und wird zum anderen mit der Überlastung der Jugendämter begründet. Das heißt, dass Jugendämter teilweise keinen zeitnahen Termin zur Erstvorstellung und Beantragung einer Hilfe zur Erziehung (HZE) anbieten können (Vgl. 12/4). Die bedarfsgerechte Anbindung von jungen Menschen und Familien an das Kinder- und Jugendhilfesystem kann also im ambulanten Setting einer Kassentherapie als deutlich erschwert beschrieben werden.

Hinsichtlich der **Finanzierungsgrundlagen** ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen dem therapeutischen Angebot des KJF und der Kassentherapie durch niedergelassene Psychotherapeuten. Die Finanzierung des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. laufe ausschließlich über finanzielle Mittel des Jugendamtes Chemnitz und sei als pauschale Leistung zu verstehen. *„[...] Davon werden auch Tests gekauft, davon werden Therapiematerialien gekauft, also davon werden andere Dinge gekauft, die benötigt werden. Also das wird dann abgerechnet bei der Geschäftsleitung, ja. Das finanziert sich ausschließlich über das Jugendamt in Chemnitz (6/15).“* Die pauschale Finanzierung erspart der Therapeutin des Heimverbundes unnötige **Antragsarbeit**, sodass Therapien zeitnah starten können. In der Kassentherapie wird hingegen über die jeweilige Krankenkasse des Patienten abgerechnet. Bei der Beantragung einer Langzeittherapie verlangt die Krankenkasse zudem eine gutachterliche Stellungnahme, welche vom Therapeuten verlangt, einen begründenden Bericht an den Gutachter zu verfassen. Dies ist zwar als qualitätssichernder Kontrollmechanismus in der Kassentherapie zu verstehen, nimmt jedoch große zeitliche Ressourcen der jeweiligen Therapeutenperson in Anspruch, sodass dieses

Verfahren von vielen Psychotherapeuten hierzulande kritisiert wird. Zudem wird das Verfassen derartiger Anträge kaum finanziell honoriert im Kassensystem, was das Spannungsfeld von eingeschränkter Bereitschaft durch Therapeuten zum Mehraufwand aufgrund fehlender finanzieller Berücksichtigung befeuert.

Die Bezugsbetreuerin in der WG beschreibt den Austausch mit der Therapeutin im internen Konzept als intensiv infolge kurzer Wege, ausgeprägter **Bereitschaft zur Zusammenarbeit** und guter **trägerinterner Vernetzung**. So könne man Probleme im internen Therapiekonzept des KJF e.V. schneller anbringen als in der Zusammenarbeit mit einem ambulanten Therapeuten (Vgl. 4/14). *„Ich habe die Arbeit mit dem ambulanten Angebot gesehen und auch hier. Und deswegen denke ich, dass das interne Angebot (KJF) vor allem davon geprägt ist, dass es eben eine sehr schnelle Absprache gibt und auch eine sehr schnelle Möglichkeit, ein Kind überhaupt in die Therapie einzuführen (4/22).“* Die **Barrieren für eine Therapieanbahnung** seien **geringer** beim trägerinternen Therapieangebot, da das Konzept und die Therapeutin allen Mitarbeitern und vielen Kindern bekannt seien. Auch die **Prozesse zur Hilfeanbahnung** seien klar (Vgl. 4/22). Die Therapeutin bestätigt dies und gibt an, dass **eine intensive Netzwerkarbeit** mit allen Hilfebeteiligten vor allem durch die pauschale Finanzierung des Therapieangebotes ermöglicht und nicht behindert werde durch eine begrenzte Bezugspersonenstundenanzahl. *„Was ein ganz großer Punkt in der Arbeit ist, ist die Netzwerkarbeit. Also da ich nicht an die Krankenkasse gebunden bin und es pauschal finanziert wird, ist es mir also auch wirklich möglich, eine intensivste Netzwerkarbeit zu machen (6/17).“* Eine **ausgeprägte Netzwerk- und Lebensweltorientierung** beinhalte unter anderem die Einbindung der Lehrkräfte. *„Das heißt zum Beispiel auch, in die Schule zu gehen (6/17).“* Sie bedeute aber auch, *„[...] mal in die WG vor Ort zu gehen und [...] das Lebensumfeld des Kindes anzuschauen (6/17).“* Die Therapeutin hat einen guten Einblick ins Lebensumfeld der jungen Menschen und in die Arbeit der Fachkräfte in den Wohngruppen. Eine Bezugsbetreuerin aus der Wohngruppe fügt hinzu, dass es der Therapeutin möglich sei, zu Gesprächen in die WG, also in die Lebenswelt des jungen Menschen, zu kommen (HPG, Fachgespräche oder Gespräche mit dem Kind). Im Interview mit einer ehemaligen KJHG-Therapeutin und jetzigen Kassentherapeutin aus Berlin wird deutlich, dass deren Motivation und Ressourcen zur persönlichen Teilnahme an Gesprächen außerhalb des Therapieraumes eher gering sind infolge der Begrenzungen und Vorgaben durch die Krankenkasse. Der bürokratische Aufwand zur schriftlichen Zuarbeit einer Kassentherapeutin dem Jugendamt gegenüber sei zudem sehr hoch und werde durch die Krankenkassen nicht oder kaum honoriert (Vgl. 12/7). Im ambulanten Setting einer Kassentherapie erfolgt durch die Wirtschaftsprüfung der Krankenkassen sogar eine Prüfung zur Plausibilisierung von Besuchen außerhalb der Praxis. Den Aussagen zufolge bleibt festzuhalten, dass die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen der Kassentherapie erschwert wird durch stark eingeschränkte strukturelle Rahmenbedingungen und die Behinderung von aufsuchender, therapeutischer Arbeit. In den Rahmenbedingungen des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. werden die nötigen Ressourcen zur multiprofessionellen Zusammenarbeit bereitgestellt. Die Bereitschaft zum Austausch wird von allen Akteuren als bedeutungsvoll wahrgenommen und insbesondere durch die Therapeutin initiiert. Die Therapeutin des KJF zeige eine hohe Flexibilität bei Absprachen und Terminierungen sowie eine hohe Mitwirkungsbereitschaft im Gesamthilfeprozess. Diese **Mitwirkungsbereitschaft**

zeige sich bei ambulanten Therapeuten nur geringfügig, auch wegen fehlender zeitlicher Kapazitäten bei diesen. In der Zusammenarbeit mit ambulanten Therapeuten nehme sie eine stark eingeschränkte Flexibilität bei der Terminierung von Gesprächen, eine oftmals fehlende Bereitschaft zur Teilnahme am HPG und fehlendes Grundwissen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe wahr (Vgl. 1/20). Eine weitere Jugendamtsmitarbeiterin ergänzt zur Mitarbeit von ambulanten Therapeuten: *„Nur wenige, wirklich ganz, ganz einzelne Therapeuten, suchen Kontakt zum Jugendamt, obwohl sie wissen, das Kind oder das Familiensystem ist beim Jugendamt angebunden. Damit man wirklich auch im Netzwerk gut helfen kann (2/16).“*

Im Therapieangebot des KJF e.V. könne die Therapeutin des Heimverbundes insbesondere in Krisensituationen der jungen Menschen flexibel agieren und ggf. vor Ort in die WG gehen. Sie habe die Rahmenbedingungen der Jugendhilfe insgesamt besser im Blick als ambulante, niedergelassene Therapeuten. Diese würden ihrer Erfahrung nach z.B. eher selten vor Ort in die WG gehen und könnten auch keine Krisenintervention vor Ort anbieten. Stark eingegrenzte, zeitliche Kapazitäten ambulanter Therapeuten würden die benötigte Flexibilität in Krisensituationen behindern. *„Wenn die Krise da ist, dann kann man im Heimverbund eher mal agieren, als wenn es ein niedergelassener Therapeut ist, der durchnummeriert ist mit Terminen (3/20).“* Eine Bezugsbetreuerin schließt sich dieser Auffassung der ASD-Fachkraft an und berichtet, dass eine **flexible** und erhöhte **Frequenzierung der Therapiestunden** bei Bedarf oder im Krisenfall jederzeit angefragt und durch die Therapeutin ermöglicht werden könne. Und dies, obwohl das Therapieangebot innerhalb des Trägers sehr beliebt und die Kapazitäten der Therapeutin ausgelastet seien (Vgl. 4/8).

Die Therapeutin des Heimverbundes stellt dabei das Ziel der „Hilfe zur Selbsthilfe“ heraus und benennt, darauf zu achten, dass eine Therapie bedarfsgerecht bleibe und nicht unnötig langgezogen werde. Dazu ergebe sich im therapeutischen Konzept des KJF die Möglichkeit, *„[...] eine Therapie zwischendrin über einen längeren Zeitraum auszusetzen und den Kindern und Jugendlichen die Gelegenheit zu geben, sich auszuprobieren, das was sie bisher gelernt haben. Und dann aber auch schnell im Bedarfsfall wieder in die Therapie einzusteigen (6/18).“* Die Therapeutin gibt an, diese Flexibilität in Bezug auf Pausenmodelle bei ambulanten Therapeuten weniger erwarten und voraussetzen zu können wegen stark begrenzter, zeitlicher Ressourcen. Die Flexibilität im Handeln und Reagieren auf Krisensituationen unterscheide sich innerhalb der beiden Systeme aus subjektiver Sicht der Therapeutin (Vgl. 6/18).

Ein deutlicher Vorteil seien die wöchentlich stattfindenden Therapietermine der jungen Menschen bei der Therapeutin des KJF e.V.. Die **Regelmäßigkeit** der Termine und eine **flexiblere Frequenzierung** der Stunden mit den jungen Menschen werde als positiv zur Verkürzung des Hilfeprozesses und für eine intensivere Arbeit an Themenfeldern gesehen. Hinsichtlich einer externen, therapeutischen Begleitung werde aus subjektiver Sicht des Pädagogen aus der Wohngruppe eine weniger regelmäßige und weniger intensive therapeutische Arbeit erwartet (Vgl. 5/18). Dieser Auffassung schließt sich die Heimleitung an und benennt, dass die Therapeutin des Heimverbundes in ihrer therapeutischen Arbeit nicht durch Vorgaben der Krankenkassen begrenzt werde und dadurch bessere

Rahmenbedingungen für eine intensivere und bedarfsgerechtere Arbeit mit den jungen Menschen habe. Im Gegensatz zu ambulanten Therapeuten kenne sie zudem interne Strukturen und Mitarbeiter des Heimverbundes gut (Vgl. 7/27). „Also diese **Kenntnis vom Heimverbund und von dem Umfeld**, und von den Personen, auch von den anderen Kindern. Da ist sie viel näher dran (7/27)!“ Die Mutter eines ehemaligen jungen Menschen aus einer Wohngruppe des KJF und aus dem trägerinternen Angebot bestätigt, dass sich ambulante Therapieangebote hinsichtlich ihrer Frequentierung vom Therapieangebot beim KJF unterschieden hätten. Beim KJF hätte es wöchentliche Therapiestunden für den Sohn gegeben und regelmäßige Elternstunden für die Kindesmutter. Bei ambulanten Therapeuten und Psychologen hätten die Gespräche meist aller 14 Tage stattgefunden und nicht ausgereicht (Vgl. 8/7). „[...] diese 50 Minuten reichen gar nicht aus, das aufzuholen, [...], was in den 14 Tagen passiert ist. Denn eigentlich fand ich das gar nicht so als Therapie. [...]. So, und das fand ich halt hier schöner, denn das Ganzheitliche mehr gesehen wurde, weil eben alles miteinander verbunden war. [...] die Wohngruppe, die ambulante Hilfe hier und die [...] [Therapeutin]- wir haben hier alle an einem Strang gezogen, und deswegen war das hier einfach viel besser. (8/7).“ Zudem hätte die Therapeutin des Heimverbundes im Gegensatz zum ambulanten Therapeuten einen regelmäßigen Input der Wohngruppen gehabt und habe sich um eine intensive Netzwerkarbeit bemüht. Diese Aspekte können als spezifisches Potenzial des therapeutischen Angebotes des Heimverbundes gesehen werden, da der Therapeutin und dem jungen Menschen aufgrund dessen die nötigen Impulse zur Nachreflexion kritischer Alltagssituationen geliefert werden, welche im ambulanten Setting oft fehlen.

Ein Jugendlicher vergleicht im Interview seine therapeutischen Erfahrungen im Rahmen einer vorangegangenen Kurzzeittherapie bei einem ambulanten Therapeuten mit der Therapie beim Heimverbund des KJF e.V.. Er gibt dabei an, die ambulante Therapie als weniger beziehungsorientiert wahrgenommen zu haben. Seine Erfahrung in der Arbeit mit der ambulanten Therapeutin beschreibt er wie folgt: „Dann hat die mit einem nur kurz gequatscht und hat dann eben...die hat sich eben nicht groß mit Einem beschäftigt, sondern die hat meistens irgendetwas in den Computer geschrieben währenddessen man zum Beispiel gespielt hat oder so (11/11).“. Bei der ambulanten Therapeutin habe es zudem einen großen **Warteraum** gegeben, welchen es bei der Therapie des KJF e.V. nicht gebe.

Die **Wartezeit** bei ambulanten Therapeuten in Chemnitz stellt im Vergleich zur Wartezeit beim therapeutischen Angebot des KJF e.V. eine Hürde dar. Denn die Suche nach einem ambulanten Therapeuten dauere Monate, viele Telefonate liefen ins Leere, es sei teils keine Aufnahme auf Wartelisten möglich, sodass viel Zeit verstreiche (Vgl. 1/7). Gerade pandemiebedingt gestalte sich die Anfragesituation bei ambulanten Therapeuten besonders schwierig aus Sicht eines Pädagogen aus der Wohngruppe (Vgl. 5/8). „Ja, wir rufen an oder schreiben Emails. Aber aktuell, das ist pandemiebedingt noch ein riesen Faktor. Gerade sind die überfragt. Es gibt kaum welche, die freie Plätze haben (5/8).“ Eine weitere Jugendamtsmitarbeiterin beschreibt die Wartezeiten bei ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sogar als „massivst“ und gibt eine Wartezeit bis zu einem Jahr für einen Ersttermin an. Im Vergleich dazu erlebe sie beim Therapieangebot des KJF e.V. verkürzte Wartezeiten (Vgl. 3/6). Die Therapeutin des Heimverbundes des KJF gibt an, eine Wartezeit von 1 -1,5 Monaten zu verzeichnen im internen Angebot. In Krisensituationen sei

sie darüber hinaus bemüht einen sofortigen, wenn auch niedrigfrequenten Einstieg in die Therapie des KJF e.V. zu ermöglichen (Vgl. 6/16). Eine Mutter gibt in ihrem Interview in Bezug auf die Therapieanbindung beim KJF e.V. an: *„Das ging relativ schnell! Wenn ich jetzt eine ambulante Therapie gesucht hätte, dann hätte ich bestimmt mit Suchen und bis zum Termin bis über einem Jahr mindestens gerechnet. [...] (10/7).“* Die Vernetzung im Verein biete auch Sicht der Betreuerin aus der WG einen unbürokratischeren Zugang (Vgl. 4/8).

Beim Vergleich der beiden Therapiesysteme ergibt sich vor allem hinsichtlich der **Therapiemotivation** ein erheblicher Unterschied. In der Jugendhilfe sei der motivationale Zugang der jungen Menschen und Eltern zur Therapie laut Therapeutin oft geringer, sodass ein Aufschließen für das therapeutische Setting oft erst im Hilfenetzwerk oder zu Beginn der Therapie passiere (Vgl. 6/7). *„[...] die Motivation geht natürlich bei diesen Klienten mit ihren negativen Erfahrungen, die Hilfsangebote in ihrer Vergangenheit auch schon sehr negativ in der Vergangenheit erlebt haben, sehr über Beziehung (6/7).“* Ein geringer Prozentsatz der Kinder und Jugendlichen komme zuvorderst aus Eigenantrieb in die Therapie. Der ambulanten Therapie bei einem niedergelassenen Therapeuten gehe hingegen meist ein eigener Therapiewunsch voraus, sodass nach langer Wartezeit eher Freude über die therapeutische Anbindung bestehe. Eine Kassentherapeutin aus Berlin bestätigt die Annahme geringerer Therapiemotivation in „Multiproblemfamilien“ und sagt dazu: *„Ja, im kassenärztlichen System kommen bei mir Jugendliche aus Jugendhilfeeinrichtungen an, aber nicht aus problematischen Familien. Die suchen nicht unbedingt selbst Unterstützung (12/20).“*

Zusammenfassung: *Das Therapieangebot des KJF e.V. und eine ambulante, kassentherapeutische Versorgung unterscheiden sich vor allem hinsichtlich ihrer Zielgruppe und den sich daraus ergebenden Behandlungsbedarfen. Aus den Befragungen lässt sich zusammenfassen, dass die durch die Krankenkassen vorgegebenen Rahmenbedingungen in der Kassentherapie teilweise nur schwer kompatibel mit den komplexen und erhöhten Bedarfen der Kinder und Jugendlichen aus der Heimerziehung sind. Komplexe, komorbide Problemlagen bei diesen Kindern und Bezugspersonen erfordern eine hohe Lebensweltorientierung und Flexibilität in der Ausgestaltung und Frequentierung der Therapiestunden. Fachkräfte im ASD, die Therapeutin des Heimverbundes, die Kassentherapeutin aus Berlin und die pädagogischen Fachkräfte aus den Wohngruppen nehmen bei ambulanten, niedergelassenen Therapeuten jedoch eine stark eingeschränkte Bereitschaft zur Lebensweltorientierung und multiprofessionellen Zusammenarbeit im Netzwerk wahr. Schulhospitationen, Interventionen im Lebensraum der jungen Menschen oder Teilnahmen an Hilfeplangesprächen außerhalb des Therapieraums sind im kassenärztlichen System nicht vorgesehen und werden kaum oder gar nicht vergütet. Die strukturellen Rahmenbedingungen der Therapie beim KJF e.V. sehen hingegen eine regelmäßige interdisziplinäre Zusammenarbeit im Netzwerk vor, sodass professionsübergreifend an Themen der jungen Menschen gearbeitet werden kann. Dies wird im Zuge der pauschalen Finanzierung durch das Jugendamt, durch die enge Vernetzung von pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen im Verein und durch kurze Wege ermöglicht. Eine geringe Wartezeit zur Therapieanbindung der jungen Menschen im KJF stellt im Gegensatz zu derzeitigen Wartezeiten bei ambulanten Therapeuten einen enormen Vorteil dar. Besonders hinsichtlich der durch die Coronapandemie angespannten Versorgungslage im*

Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie stellen die kurzen Wartezeiten beim KJF e.V. einen enormen Vorteil zur Deckung akuter Behandlungsbedarfe dar. Manifestierungen von Störungen kann demnach eher entgegengetreten werden. Die Herausforderungen in Bezug auf den Beziehungsaufbau erscheinen bei jungen Menschen und Familien aus der stationären Jugendhilfe in der Regel komplexer als im ambulanten Therapiesetting, da diese eine oft eingeschränkte Therapiemotivation mitbringen und Beziehungen im bisherigen Lebensverlauf als weniger lohnenswert und gar bedrohlich erlebt haben. Zusammenfassend erscheint das therapeutische Angebot des KJF e.V. mit seinen Rahmenbedingungen und Grundzügen besser auf die Zielgruppe der jungen Menschen und Familien aus der stationären Jugendhilfe angepasst als eine ambulante Kassentherapie.

6. Zentrale Ergebnisse und Fazit

Aus den theoretischen Ausführungen im ersten Teil und den empirisch gewonnenen Ergebnissen im zweiten Teil der Masterarbeit geht hervor, dass die therapeutische Arbeit im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) eine außerordentlich gute Möglichkeit darstellt, um den komplexen Auffälligkeiten und Therapiebedarfen der jungen Menschen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen zu entsprechen. Am spezifischen Beispiel des Therapieangebotes beim KJF e.V. konnte das Potenzial therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus der Kinder- und Jugendhilfe herausgearbeitet werden. Die Befragungen im Rahmen der empirischen Studie waren dabei umfangreich und ermöglichten Einblick in vielschichtige Perspektiven. Um eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse zu gewährleisten, soll sich an den in **Kapitel 5.2.** aufgeführten **zentralen Forschungsfragen** orientiert werden. Diese werden im Folgenden beantwortet.

Mit dem Therapieangebot des KJF e.V. wurde im zweiten Teil der Masterthesis ein Angebot evaluiert, welches zeigt, dass eine enge Vernetzung aus pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen dazu beiträgt, jungen Menschen ein stabiles und gut informiertes Hilfenetzwerk zu ermöglichen. Ein gut funktionierendes Netzwerk intendiert dabei eine hohe Bereitschaft zur Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team unter enger Einbindung der jungen Menschen und ihrer Familien in den Hilfeprozess. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit kann zudem als ein Instrument der Mitarbeiterpflege und -schulung betrachtet werden, da ein tiefergehendes Fallverständnis eine präventive Wirkung gegen Überlastung der Mitarbeiter entfalten kann. Infolge dessen kann einer Fluktuation von pädagogischem Personal und damit verbundenen Beziehungsabbrüchen im stationären Setting entgegengewirkt werden. Die Therapeutin des Heimverbundes ist bestrebt, eine intensive multiprofessionelle Zusammenarbeit zu gewährleisten und anzuregen. Sie nimmt zu diesem Zweck stets an Hilfeplangesprächen der jungen Menschen und Familien sowie an Teamgesprächen in der Wohngruppe teil. Die Therapeutin leistet dabei eine teils fallbezogene, psychoedukative Beratung der pädagogischen Mitarbeiter und profitiert gleichermaßen von den Berichten dieser aus dem Alltag der jungen Menschen, um ein allumfassendes Fallverständnis zu erhalten und therapeutisch an die Bedarfe anzuknüpfen. Ihre therapeutische Arbeit mit den jungen Menschen und Eltern wird in den Befragungen als beziehungsorientiert und fachlich kompetent eingeschätzt. Die Mitwirkung der jungen Menschen und Eltern in der therapeutischen und pädagogischen Hilfe wird als Garant für

Erfolge im Gesamthilfeverlauf gesehen. Erfolge in der stationären Jugendhilfe bestehen dabei nicht nur aus Rückführungen der jungen Menschen in den elterlichen Haushalt, sondern beinhalten manchmal auch die Erarbeitung guter Besuchsmodelle, wenn Rückführungsbedingungen nicht nachhaltig entwickelt werden können in der Familie. Die therapeutische Hilfe trägt maßgeblich dazu bei, dass Erfolge erzielt, Kinder und Eltern stabilisiert und Bedingungen zur Rückführung aufgebaut werden können. Als positive Effekte infolge der therapeutischen Hilfe werden durch alle Hilfebeteiligten unter anderem Verbesserungen in folgenden Bereichen benannt: in der Eltern-Kind-Beziehung, in den allgemeinen Kompetenzen zur Beziehungsgestaltung, im Bereich sozialer Kompetenzen, im Bereich Emotionswahrnehmung/-ausdruck und -regulation. Eine enge Einbindung der Eltern erfolgt beim KJF e.V. vor allem im therapeutischen Setting, da sie aufgrund struktureller und anderer Barrieren oft nicht durch die Pädagogen in der Wohngruppe gewährleistet werden kann. Die Therapeutin des Heimverbundes fungiert dabei immer wieder als Schnittstelle zwischen Eltern und Wohngruppe sowie Eltern und Kind. Im Sinne der Elternarbeit werden regelmäßige Elternstunden initiiert, ohne dass diese durch die Krankenkasse begrenzt werden. Infolge einer pauschalen Finanzierung durch das Jugendamt Chemnitz ist die Therapeutin flexibel bei der Frequentierung und Ausgestaltung der Elternstunden, Eltern-Kind-Stunden oder Bezugspersonenstunden mit anderen (z.B. Pädagogen der Wohngruppe, Großeltern, Vormünder). Eine netzwerkorientierte Arbeit außerhalb des Therapieraumes wird ermöglicht. Infolge pauschaler Finanzierung und interdisziplinärer Vernetzung im Verein kann das therapeutische Angebot des Heimverbundes im KJF e.V. einen flexiblen und bedürfnisorientierten Therapieverlauf für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige in der stationären Heimerziehung ermöglichen. Eine geringe Wartezeit von teils weniger als 4 Wochen bis zum Start der Therapie im KJF kann als großer Vorteil gesehen werden im Gegensatz zur ambulanten psychotherapeutischen Therapieanbindung. Die geringe Wartezeit im Träger ist verbunden mit vereinfachten und transparenten Strukturen der Hilfeanbahnung, welche den Mitarbeitern im Verein bekannt sind. Sie tragen zur Deckung akuter Therapiebedarfe bei. Unnötige Antragsarbeit zum Start der Therapie fällt beim Therapieangebot des Heimverbundes des KJF e.V. weg, sodass Therapien unmittelbar in Krisensituation oder bei akutem Bedarf starten können, wenn dies mit dem Jugendamt abgesprochen ist. Die geringe Wartezeit tritt einer Manifestierung von Symptomatiken bei Kindern und Jugendlichen aufgrund zu langer Wartezeiten entgegen. Insgesamt wird das therapeutische Angebot, dessen Rahmenbedingungen, Therapeutenpersönlichkeit und Vernetzung mit pädagogischen Hilfen im Verein als außerordentlich gut eingeschätzt. Das Jugendamt und die Wohngruppen geben eine enge und positive Zusammenarbeit mit der Therapeutin an, und sehen deren Mitwirkung als maßgeblichen Einflussfaktor für das Erzielen von Gesamthilfeergebnissen. Die Heimleitung des KJF und Mitarbeiter der Wohngruppen betonen in ihren Befragungen zudem, dass sie die Therapeutin im Verein nicht mehr missen möchten und enorm wertschätzen. Im Zuge einer regelmäßigen Evaluation des therapeutischen Angebotes und den Bemühungen zur Umsetzung der sich ergebenden Entwicklungsbedarfe ist beim Therapieangebot des KJF e.V. in Chemnitz von einer hohen Qualitätssicherung auszugehen.

Die Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse stellt die Potenziale therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und deren Familien im Rahmen des KJHG nochmals gut heraus. Die

theoretischen Auseinandersetzungen im ersten Teil der Masterarbeit haben deutlich gemacht, dass sich außer in Berlin kein flächendeckendes System zur Ausübung einer solchen KJHG-Therapie zeigt. Spezifische Interventionsprogramme für junge Menschen aus der stationären Heimerziehung agieren eher als „Einzelkämpfer“ und sind unterrepräsentiert trotz der in den letzten Jahrzehnten gestiegenen Anzahl an Inobhutnahmen in Deutschland (Vgl. Statistisches Bundesamt, 2020). Jugendhilfe- und Gesundheitssystem sind in Deutschland vielmehr als Parallelstrukturen zu begreifen, deren Verbindung jedoch ein enormes Potenzial birgt bei der Behandlung von jungen Menschen mit komplexen therapeutischen und pädagogischen Hilfebedarfen, insbesondere aus der stationären Heimerziehung. Aus den empirischen Ergebnissen im zweiten Teil ist zu schlussfolgern, dass eine Therapie bei niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für junge Menschen und Familien aus dem Jugendhilfesystem oft nur schwer zugänglich ist. Gründe dafür sind beispielsweise die enormen Anstrengungen, welche besonders hinsichtlich der derzeit angespannten, therapeutischen Versorgungslage im Kinder- und Jugendbereich von den Familien unternommen werden müssen. Hierfür sind ein hohes Maß an Eigenstrukturierung, Durchhaltevermögen und Frustrationstoleranz von Nöten. Zudem können vermehrte, negative Beziehungserfahrungen im Lebensverlauf der jungen Menschen dazu führen, dass sich ein Beziehungsaufbau in der Therapie komplex gestaltet und ein erhöhtes Maß an Flexibilität bei der Gestaltung des Therapieprozesses benötigt. Die vorliegende Masterarbeit soll als Anstoß für die Schaffung und als spezifisches Beispiel für die Ausgestaltung weiterer therapeutischer Angebote im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) dienen. Kinder und Jugendliche aus der stationären Heimerziehung dürfen hinsichtlich ihres Zugangs zur Therapie nicht benachteiligt werden. Aus diesem Grund müssen sich Gesundheit- und Jugendhilfesystem einer Debatte zur Anpassung von Hilfestrukturen für diese Zielgruppe unterziehen. Folglich sollten finanzielle und strukturelle Möglichkeiten erweitert oder neugeschaffen werden, um derartige Therapieangebote wie in Berlin oder Chemnitz flächendeckender installieren zu können. Die Erweiterung einer bedarfsgerechten Förderung dieser jungen Menschen trägt in hohem Maße dazu bei, in die Zukunft eines sozialen und gerechten Deutschlands von morgen zu investieren.

7. Quellen- und Literaturverzeichnis

Aerzteblatt (2017): *Psychotherapieausbildung: Kritik an Approbationsstudium ohne Fachkunde*, [online] Psychotherapieausbildung: Kritik an Approbationsstudium ohne... (aerzteblatt.de) [abgerufen am 22.05.2022].

Aerzteblatt (2019): *Bundesärztekammer übt Kritik an Reformplänen für Psychotherapeutenausbildung*, [online] Bundesärztekammer übt Kritik an Reformplänen für... (aerzteblatt.de) [abgerufen am 22.05.2022].

Aktion Mensch (2022). Rahmenbedingungen für multiprofessionelles Arbeiten. [online] Rahmenbedingungen multiprofessioneller Teams - Aktion Mensch (aktion-mensch.de) [abgerufen am 21.12.2022].

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (Hrsg.) (2012). *Sozialgesetzbuch VIII auf dem Stand des Bundeskinderschutzgesetzes*. Berlin: Eigenverlag.

Aschermann, L. (2014). „Die bleiben doch sowieso nicht lange!“- Der Beziehungsaspekt in der Heimerziehung unter Betrachtung der Fluktuation des Personals. Veröffentlichte Masterarbeit, Hochschule Mittweida.

Ausführungsgesetz zum Kinder- und Jugendhilfegesetz (AG KJHG) (Juni2005), Berlin, [online] https://gesetze.berlin.de/perma?j=KJHGAG_BE_Sechster_Abschnitt [abgerufen am 02.11.2022].

BERATUNG.DE (17.06.2022). Begleiteter Umgang (Umgangsbegleitung): Voraussetzungen, Aufgaben, Dauer. [online] Begleiteter Umgang (Umgangsbegleitung) | BERATUNG.DE [abgerufen am 17.12.2022].

Borg-Laufs, M.: Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse als Weg und Ziel der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 1/2012, 2012, S. 6-18.

Bundespsychotherapeutenkammer (2006): Resolution. Masterabschluss als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. DGsf- Fachthemen, [online] Microsoft Word - Resolution_BA_MA.doc (dgsf.org) [abgerufen am 10.09.2022].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Trojan A. (2020). BZgA Leitbegriffe. Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung, Köln, [online] BZgA-Leitbegriffe: Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung [abgerufen am 02.11.2022].

Büttner, M. & Voigt, J. (2015). *Theoretische Grundlagen für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit*. Potsdam: IFK e.V. an der Universität Potsdam.

Dgvt-Berufsverband Psychosoziale Berufe (bv) (Hrsg.), Vogel, H. (2022). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Tübingen, [online] Qualitätssicherung in der Psychotherapie: dgvt-bv.de [abgerufen am 26.12.2022].

Froschauer, U. & Lueger, M. (2003). *Das qualitative Interview*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Galuske, M. & Thole, W. (Hrsg.) (2006). *Vom Fall zum Management. Neue Methoden der sozialen Arbeit*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Günder, R. & Nowacki, K. (2020). *Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe*, 6. überarbeitete und ergänzte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Kinder-, Jugend- und Familienhilfe e.V. Chemnitz. (2012). *Leistungsbeschreibung-Therapeut*in des Heimverbundes*.

Kinder-, Jugend- und Familienhilfe e.V. Chemnitz. (2022). *Leistungsbeschreibung-Therapeut*in des Heimverbundes. Personelle Ausstattung. Organigramm- Personaleinsatz*.

Kinder-, Jugend- und Familienhilfe e.V. Chemnitz. *Leitbild*. [online] ueber-uns (kjf-online.de) [abgerufen am 04.11.2022].

Klug, W. & Löcherbach, P. & Rimmel-Faßbender, R. & Wendt, W.R. (Hrsg.) (2005). *Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 2. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Nordegraaf, M. (2020). Protective or connective professionalism? How connected professionals can (still) act as autonomous and authoritative experts. *Journal of Professions and Organization* 7(2), 205-223, [online] Protective or connective professionalism? How connected professionals can (still) act as autonomous and authoritative experts | *Journal of Professions and Organization* | Oxford Academic (oup.com) [abgerufen am 07.11.2022].

Perry, Bruce D. & Szalavitz, M. (2006). *Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. Was traumatisierte Kinder und über Leid, Liebe und Heilung lehren können*. München: Kösel-Verlag.

Schmidt, Ronald G. M. (2019): *Psychotherapie in der Jugendhilfe. Handbuch 2019*, [online] [psychotherapie_in_der_jugendhilfe_handbuch_2019.pdf](#) (psychotherapeutenkammer-berlin.de) [abgerufen am 01.11.2022].

Schönig, W. & Motzke, K. & Bieker, R. (Hrsg.) (2016). *Netzwerkorientierung in der Sozialen Arbeit. Theorie, Forschung, Praxis*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Schüller, A. & Bienioschek, S. & Kölch, M. (2022). Interventionen für Kinder und Jugendliche, die in Pflegefamilien oder Jugendhilfeeinrichtungen leben- Ein systematisches Review. Trier: Leibniz-Institut für Psychologie. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1/2022, 71. Jahrgang, S.23-38.

Schumacher, M. (2016). *Systemische Beratung und Therapie in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine empirische Untersuchung*. Wiesbaden: Verlag Springer Fachmedien.

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie (2018). *Rahmenleistungsbeschreibung Ambulante therapeutische Leistungen gemäß SGB VIII*, [online] Berliner Rahmenvertrag für Hilfen in Einrichtungen und durch Dienste der Kinder- und Jugendhilfe (BRVJug) - Berlin.de [abgerufen am 01.11.2022].

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie (September 2022). Berliner Rahmenvertrag für Hilfen in Einrichtungen und durch Dienste der Kinder- und Jugendhilfe (BRVJug), [online] Berliner Rahmenvertrag für Hilfen in Einrichtungen und durch Dienste der Kinder- und Jugendhilfe (BRVJug) - Berlin.de [abgerufen am 01.11.2022].

SIMKI (2018). Mit der Politik im Gespräch, Aktuelles- Simki e.V., [online] Mit der Politik im Gespräch (simki.org) [abgerufen am 10.09.2022].

Spektrum.de (2000). Lexikon der Psychologie. Leitfadeninterview. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag, [online] Leitfadeninterview - Lexikon der Psychologie (spektrum.de) [abgerufen am 15.11.2022].

Statistisches Bundesamt (2020). Jugendämter nahmen 2019 rund 49500 Kinder zu ihrem Schutz in Obhut. Pressemitteilung Nr.363 vom 17.September 2020, [online] Jugendämter nahmen 2019 rund 49 500 Kinder zu ihrem Schutz in Obhut - Statistisches Bundesamt (destatis.de) [abgerufen am 10.09.2022].

Statistisches Bundesamt (2021). Kinderschutz: Jugendämter nahmen 2020 rund 45400 Kinder in Obhut. Pressemitteilung Nr. 295 vom 24.Juni 2021, [online] Kinderschutz: Jugendämter nahmen 2020 rund 45 400 Kinder in Obhut - Statistisches Bundesamt (destatis.de) [abgerufen am 10.09.2022].

UKE Hamburg (2021): COPSY-Studie, Kliniken & Institute, Forschung, [online] pm20210210_ergebnisse_2._befragung_copsy-studie-(2).pdf [abgerufen am 10.09.2022].

Uniklinik Köln (2022): Berufliche Perspektiven, Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, [online] Berufliche Perspektiven KJP-Ausbildung | AKiP Uniklinik Köln (uk-koeln.de) [abgerufen am 11.09.2022].

Weimann-Sandig, N. (Hrsg.) (2022). Multiprofessionelle Teamarbeit in Sozialen Dienstleistungsberufen. Interdisziplinäre Debatten zum Konzept der Multiprofessionalität-Chancen, Risiken, Herausforderungen. Wiesbaden: Verlag Springer Fachmedien.

8. Anhang

Im Anhang befinden sich das Kategoriensystem und die transkribierten Leitfadeninterviews.

8.1. Das Kategoriensystem

Kategoriendefinition:

Abstraktionsniveau: Es werden subjektive Einstellungen aller am Hilfeprozess Beteiligten erfragt hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit dem therapeutischen Angebot des KJF e.V., insbesondere in den Bereichen Netzwerkarbeit, Qualität des (multiprofessionellen) Austausches im Hilfeprozess, Einbezug von Eltern und Bezugspersonen, Flexibilität im Hilfeprozess und Bedeutung der eigenen Rolle im Hilfeprozess.

Auswertungseinheit: Jedes Leitfadeninterview entspricht einer Auswertungseinheit. Die Gesamtheit aller Interviews entspricht demzufolge der gesamten Auswertungseinheit, auf dessen Grundlage das Kategoriensystem entwickelt wurde.

Kontexteinheit: Jede vollständige und dem Kontext der Frage entsprechende Antwort des Befragten. Auch wenn diese durch Nachfragen des Interviewenden unterbrochen wurde.

Kodiereinheit: Diese entspricht dem kleinsten sinntragenden Element der jeweiligen Transkripte, d.h. einzelnen Wörtern.

Teilnehmerin 1= pädagogische Fachkraft aus dem ASD Chemnitz, **Teilnehmerin 2=** Fachkraft aus dem ASD Chemnitz, **Teilnehmerin 3=** Fachkraft aus dem ASD Chemnitz, **Teilnehmerin 4=** pädagogische Fachkraft aus einer Wohngruppe, **Teilnehmer 5=** pädagogische Fachkraft aus einer Wohngruppe, **Teilnehmerin 6=** Therapeutin des Heimverbundes des KJF e.V., **Teilnehmer 7=** Heimleiter des Heimverbundes des KJF e.V., **Teilnehmerin 8=** Mutter eines Patienten, **Teilnehmer 9=** Patient (Kind von Teilnehmerin 8), **Teilnehmerin 10=** Mutter eines Patienten, **Teilnehmer 11=** Patient, **Teilnehmerin 12:** KJHG- und Kassentherapeutin aus Berlin

Nr./Frage	Aussage	Paraphrase	Subkategorie	Hauptkategorie
1/1	Und ich weiß, dass Sie als Jugendamtsmitarbeiterin in dieses Hilfskonzept eingebunden sind. Und möchte Sie fragen, in welcher Rolle wirken Sie an diesem therapeutischen Angebot mit?			
1/1	Ich bleibe natürlich vordergründig in meiner Rolle als ASD-Mitarbeiterin. Und sehe mich gleichermaßen als Teil dieses Netzwerkes im gesamten Hilfesystem. Weil nicht nur die	Rolle des ASD ist eine steuernde und koordinierende Rolle im Hilfesystem. Übernahme von im	Aufgabenverteilung	Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen

	<p>Steuerung des Hilfeprozesses bei mir liegt, sondern ich natürlich auch Teile von Aufgaben mit habe, über die wir uns im Hilfeplan verständigt haben. Sodass ich genauso mit Aufgaben herausgehe und Dingen, die hinterher noch einmal abgesprochen werden müssen oder einen Rücklauf bedürfen, wie alle anderen.</p> <p>Nicht nur die Anarbeitung, den Hilfebeginn und den Hilfeprozess zu führen, sondern auch die Qualitätskontrolle, die Draufsicht und den zeitlichen Plan einzuhalten- das liegt alles in den Aufgaben des ASD.</p>	<p>Hilfeplan verständigten Aufgaben.</p> <p>ASD als Teil eines Netzwerkes im Hilfesystem.</p> <p>Absprachen und Rückläufe von Informationen nötig von allen Beteiligten im Netzwerk.</p> <p>Anleitung, Hilfebeginn, Führung im Hilfeprozess, Einhaltung des zeitlichen Plans</p>	<p>Hilfeplan</p> <p>Netzwerkarbeit- Austausch, Informationsrückläufe</p> <p>Aufgabenverteilung (spezifisch ASD)</p>	<p>Team</p>
1/2	In welchem Alter befinden sich denn die Kinder und Jugendlichen, die dieses Angebot nutzen?			
1/2	Ich würde sagen, dass es ab 10 losgeht. (...) Ja, momentan (...) habe ich eine elfjährige auch. Es wäre schön, eine bestimmte geistige Reife zu haben, die die Kinder mitbringen und auch ein Entwicklungsschritt, der erst erfolgt sein muss, um therapeutisch zu arbeiten.	<p>Bedingungen zur Aufnahme einer Therapie ist <u>Alter</u> ab 10 Jahre.</p> <p><u>Geistige Reife</u> wird benötigt, um therapeutisch zu arbeiten.</p>	<p>Bedingungen für Nutzung des therapeutischen Angebotes</p>	<p><u>Hemmnisse</u>, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe</p>
1/3	Welche Kinder haben denn Zugang zu diesem therapeutischen Angebot des KJF?			
1/3	Die Kinder, die in stationären Hilfen des Trägers angebunden sind, sprich in Wohngruppen des KJF aufgenommen worden, können am therapeutischen Angebot teilnehmen.	<p>Kinder aus stationären Hilfen des KJF e.V. haben Zugang.</p>	<p>Bedingungen zur Nutzung des therapeutischen Angebotes</p>	<p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>
1/3	Was ist denn mit Kindern, die von außerhalb kommen, zum Beispiel von anderen Trägern?			

1/3	Nicht dass ich wüsste.	Nur trägerinternes Angebot	Ausschlusskriterium	
1/4	Wie genau funktioniert denn die Hilfeanbahnung?			
1/4	<p>Indem in der Erarbeitung der Notwendigkeit der Hilfe die Bedarfe erörtert werden, die ja oftmals nicht nur im sozialpädagogischen liegen. Mal abgesehen von Unterbringung/ Essen/ ein Bett/ ein Zimmer, die elementaren Grundbedürfnisse, die erst einmal befriedigt werden müssen. Die sozialpädagogische Arbeit wird besprochen und ob eben ein therapeutischer Bedarf da ist. Und das mit den vorher Beteiligten, die noch vor Hilfebeginn dran sind am Kind und am Familiensystem. Und mit Hilfebeginn wird das mit auf's Tableau geholt oder im vorherigen Sozialbericht mit erwähnt, sodass im ersten Hilfeplangespräch dann besprochen wird: Gäbe es die Möglichkeit? Gäbe es Kapazitäten? Wie weit ist das Kind dementsprechend- ist da eine Bereitschaft da, eine Mitwirkung oder schon fast so eine Müdigkeit an Therapieangeboten?. Auch das liegt manchmal vor. Oder ist es noch gar nicht Thema, weil es noch ums Ankommen geht und das Fenster noch gar nicht offen ist für das therapeutische Setting. <u>Wenn das alles ein Stück weit bejaht wird, dann wird besprochen, wer den Kontakt aufnimmt zum therapeutischen Angebot.</u> <u>Die WG. Die WG-Mitarbeiter, die auch den direkten Draht haben.</u></p>	<p>Erörterung der pädagogischen und therapeutischen Bedarfe mit Beteiligten im Hilfeplangespräch und Sozialbericht.</p> <p>Deckung der Grundbedürfnisse des Kindes/ Jugendlichen.</p> <p>Grundbedingungen zum Start der Therapie ist die Prüfung von Kapazitäten bei der Therapeutin und Mitwirkungsbereitschaft des Kindes/Jugendlichen .</p> <p>Ausschluss für Therapie sind z.B. Therapiemüdigkeit, fehlende Offenheit oder wenn Zeit für die Ankommensphase benötigt wird.</p> <p>Klärung der Kontaktaufnahme zur Therapeutin im ersten Hilfeplangespräch. Kontakt zur Therapeutin erfolgt</p>	<p>Hilfeanbahnung</p> <p>Hilfeplangespräch und Sozialbericht</p> <p>Bedarfe: pädagogisch/therapeutisch/ Grundbedürfnisse</p> <p>Bedingungen zur Nutzung des therapeutischen Angebotes</p> <p>Hindernisse zur Nutzung der Therapie</p> <p>Hilfeanbahnung und Kontaktaufnahme</p>	<p>Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p> <p><u>Hemmnisse und Entwicklungsbedarfe</u></p>

		meist durch WG-Mitarbeiter.		
1/5	Ist denn die Therapeutin in dem ersten Hilfeplangespräch mit dabei?			
1/5	Im ersten meist nicht, da das ja unter denen besprochen wird, die (...) ähm (...) Also da geht es wirklich erst einmal darum, wer ist denn für was zuständig? Dass das Kind gut ankommt in der WG, die Kinder kennenlernt, die Erzieher kennenlernt und dann wäre so der nächste Schritt erst, jemanden kennenzulernen vom therapeutischen Angebot. Aber schon beim zweiten oder dritten Hilfeplan ist dann die Therapeutin mit dabei.	Therapeutin ist beim Erst-HPG oft nicht dabei, da Bedarfe erst abgeklärt werden. Therapeutin ist bei 2. Oder 3. HPG dabei, wenn therapeutischer Bedarf festgestellt wurde.	Hilfeplangespräch-Teilnehmer/Partizipation	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
1/6	Wie schnell kann denn eine Therapie starten? Das heißt, wie schnell können auch dringende, akute Fälle/Bedarfe abgedeckt werden beim therapeutischen Angebot des KJF e.V.?			
1/6	Bisher habe ich da den Träger als sehr flexibel und schnellhandelnd erlebt. Also wenn es festgehalten wurde, dass die Bedarfe da sind oder gar eine Notlage, dann wurde das aus meiner Erfahrung heraus schnell umgesetzt. Also dass es da auch keine vierwöchige Wartezeit gab, sondern das wirklich eingerichtet wurde. Ja.	KJF e.V. als flexibel und schnellhandelnd erlebt. Therapieplatz wurde bei Bedarfen und in Krisen in weniger als 4 Wochen angeboten.	Wartezeit Therapie im KJF e.V.	Potenziale des therapeutischen Angebotes
1/7	Können Sie einen Vergleich ziehen zu ambulanten, therapeutischen Angeboten? (...) Haben Sie da Erfahrungen?			
1/7	Ja. Wenn ambulant Therapeuten gesucht werden, dann dauert das Monate! (...) Und da ist es auch abhängig, kommt man überhaupt auf die Warteliste. Wenn dann muss erst einmal eine Warteliste da sein, um Monate später einen Termin zu bekommen. Es gibt auch unheimlich viele Telefonate, die ins	Suche nach ambulantem Therapieplatz dauert Monate. Viele Telefonate laufen ins Leere, teilweise keine Aufnahme auf	Wartezeit für Therapie bei ambulanten Therapeuten	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot und Kassentherapie

	Leere laufen. Nicht einmal die Warteliste wird weiter verlängert. Schon da geht viel Zeit ins Land.	Wartelisten möglich, sodass viel Zeit vergeht.		
1/8	Was denken Sie, woran orientiert sich die Dauer der therapeutischen Hilfe bei den Kindern und Jugendlichen?			
1/8	Die orientiert sich manchmal an dem Zeitraum des Hilfeverlaufs insgesamt. <u>Weil wenn die Hilfe wieder beendet wird, dann endet ja auch das (therapeutische) Angebot.</u> Somit ist das wirklich manchmal abhängig von anderen Rahmenbedingungen. Zum Beispiel: Es kippt ein Elternteil die stationäre Hilfe. Es findet die Entlassung statt zu einem anderen Elternteil. Es wird eine Verlegung in eine andere Wohngruppe, die nicht zum KJF gehört, geplant. Was dann auch das Beendungsverhältnis mit sich bringt. (...) Selten wird von Seiten der Therapeutin gesagt: "Jetzt sind wir fertig." (Lachen). Sondern die Kinder haben mehr Bedarfe oftmals, als so absehbar ist, wie lange es dauern würde, wenn es eine Dauerunterbringung wäre. Was ja aber oft auch wirklich nicht das Ziel ist.	Therapiedauer orientiert sich an Zeitraum des Hilfeverlaufs insgesamt. Bei Beendigung der WG-Unterbringung bedeutet das auch Beendigung der therapeutischen Hilfe trotz weiterer Bedarfe der Kinder und Jugendlichen. Entlassung zu einem Elternteil, fehlendes Einverständnis der KE auf WG-Unterbringung, Verlegung in andere WG außerhalb des KJF e.V. bedeuten Beendigung der Therapie.	Einflussparameter Therapiedauer Therapiebeendigung vs. Bedarf Hilfeziel	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
1/8	Denn was ist denn das Ziel dieser therapeutischen Hilfe, allgemein des Hilfeprozesses?			
1/8	Das ist natürlich sehr individuell. Das gibt es nicht das, das auf alle Familie übergestülpt wird. Sondern es ist wirklich ganz, ganz Kind-individuell abgestimmt. Das heißt, oftmals soll es darum gehen, die Kinder nicht auf Dauer in den Wohngruppen zu lassen, sondern Netzwerke zu erschließen, familiäre Ressourcen ebenfalls zu ergründen, um eine Rückführung des Kindes ins familiäre Umfeld zu ermöglichen.	Hilfeziele werden individuell gestaltet und auf <u>Bedarfe</u> des Kindes und der Familie angepasst. Ziel der Hilfe ist es oftmals eine <u>Rückführung</u> durch Netzwerkerschließung und familiäre Ressourcen zu erarbeiten.	Netzwerkarbeit (familiäre Netzwerke, Ressourcen) Hilfeziel	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
1/8	Familiäre Ressourcen zu	Familiäre	Netzwerke	Besonderheit

	erschließen: das kann auch die Oma sein, das kann auch (...) bis hin zu einer anderen Familie sein, wenn die Kinder sehr klein sind. Ab 10 dann ist das sehr, sehr schwierig. Ziel ist eigentlich nicht, die Kinder auf Dauer in den Wohngruppen zu belassen- im Gegenteil!	Ressourcen können auch andere Familienmitglieder bedeuten. Lange Aufenthalte in Wohngruppen sollen i.d.R. vermieden werden.	erschließen Familiäre Ressourcen	en therapeutisc her Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
1/9	Was denken Sie, wie wirkt sich diese therapeutische Arbeit des KJF e.V. auf die Hilfedauer insgesamt aus?			
1/9	Schwer zu sagen, weil (...) wie gesagt oftmals äußere Einflüsse am Hilfeverlauf da was geändert haben.	Einfluss therapeutischer Hilfe auf die gesamte Hilfedauer	Einflussfaktor en auf die Hilfedauer	
1/9	Wie vorhin gesagt: Die WG-Hilfe wird abgebrochen von Seiten eines Elternteils. Dann ist das ja noch gar nicht am Ende, zu wissen, was hätte der therapeutische Prozess letztendlich bewirkt, wenn die Hilfe noch weitergegangen wäre. Oder welche Schritte hätten da noch gegangen werden können. Und wir in der Stadt auf externe Therapeuten ewig warten würden. Und dann finden da Termine ja auch in größeren Abständen ggf. statt. Die Familientherapie an sich habe ich in keiner anderen Hilfe so zuverlässig laufen. Somit hat es einen großen Einfluss, wenn es laufen kann.	Abbruch von Hilfen verhindert, dass Hilfeziele erreicht werden und verschleiert Potenziale der therapeutischen Hilfe bei Fortgang der Therapie. Insgesamt erscheint Therapie auf den Gesamthilfeverlauf förderlich einzuwirken, auch durch Einbezug der Familien. Therapie des KJF e.V. mit dem Familiensystem ist in keiner anderen Hilfe so zuverlässig. Einbindung der BZP hat großen Einfluss auf die Rückführungsidee.	Bezugsperso nenarbeit (Eltern) Grenzen der pädagogische n Arbeit Wartezeiten Familienther apie	Effekte der therapeutisc hen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure Einbindung der jungen Menschen und Familien
1/9	Ins Detail zu gehen, weiter. Es ist ja eine therapeutische Arbeit und hat	In Therapie wird thematisch ins Detail	Abgrenzung Pädagogik	Rollenverstä ndnis und

	nichts mit dem anderen zu tun, was in der WG oder im Hilfeplangespräch passiert. (Es klopft an der Tür) Und somit kann das nur dort erfolgen. Und ich sehe es als förderlich. Ja.	gegangen. Insgesamt förderlich für den Hilfeverlauf.	und Therapie	Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team
1/10	Was unterstützt denn Sie als Fachkraft des ASD ganz spezifisch, um eine gute Abstimmung zwischen Ressourcen des Kindes und Hilfezielen des Kindes, des Jugendlichen, der Familie zu finden?		Abstimmung zwischen Ressourcen und Hilfezielen	
1/10	Der Austausch mit allen Beteiligten. Ich brauche ja die WG, die mir den Alltag des Kindes beschreibt oder auch das Kind in den Verhaltensweisen des Alltages beschreibt. Das weiß ich ja sonst nicht. Und (...) ich bin dankbar über Informationen der Therapeutin, was sie zum Beispiel mit der Familie im Prozess erarbeitet oder als Chancen/ als Möglichkeiten sieht für die Zukunft. Auch das kann ich nicht wissen. Also ist immer der Austausch da das A & O und das ja auch nicht nur in Hilfeplangesprächen, sondern auch vorher schon. Oder es sind auch die Worte zwischendrin, wenn man sich sieht oder noch einmal nach dem offiziellen Teil.	Professionsübergreifender Austausch zwischen WG, Therapeutin und ASD wird als enorm arbeitsunterstützend/ arbeitserleichternd gesehen, um eine gute Abstimmung zwischen Zielen und Ressourcen zu finden. Grenzen des ASD bei der Einschätzung alltagsnaher Dinge des Kindes/ Jugendlichen. Ist auf Zuarbeit von WG und Therapeutin angewiesen. Austausch findet nicht nur im HPG sondern auch in kurzen Gesprächen zwischendrin statt. ASD hilft vor allem Kommunikation, Austausch, Netzwerken für Hilfekoordination.	Netzwerkarbeit Austausch/ Kommunikation	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Arbeit im Netzwerk

1/11	Wie genau läuft denn der Austausch zwischen Ihnen und der Therapeutin? Wie findet der statt?			
1/11	Es ist per Email, es ist per Telefon und das ist natürlich auch von Angesicht zu Angesicht. Manchmal auch in einem anderen zufälligen Termin. Das kann auch mal ein Treffen sein, wo man sich über den Weg läuft und froh ist, sich zu sehen, um kurz noch einmal abzustimmen "Da war das und das."	Austausch zwischen ASD und Therapeutin findet per Mail, Telefon, und persönlich statt – geplant und auch spontan.	Austausch mit der Therapeutin	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Arbeit im Netzwerk
1/11	Ich habe verstanden, ein PROFESSIONELLES Tür- und Angelgespräch an diversen Orten.	Professionelle Tür- und Angelgespräche werden als wertvoll erlebt.		
1/12	In welchen Lebenslagen befinden sich denn die Kinder, die Jugendlichen, aber auch deren Familien, die dieses therapeutische Angebot nutzen?			
1/12	Hmm (...) in sehr schwierigen Lebenslagen! Also da darf nicht vergessen werden, dass es sich da gerade um eine Fremdunterbringung handelt. Wo wichtig ist, wie kam es auch zu der Aufnahme in der WG? Ist da eine Inobhutnahme erfolgt, gab es davor schon einmal eine Station des Kindes in einer Inobhutnahmestelle, bevor es in die WG kommt? Wie ist also die Herausnahme gelaufen, oder ist es ein Herausgeben des Elternteils gewesen? Gab es da eine "Erlaubnis"- "Du darfst jetzt gehen!". Oder ist es ein: "Du bist ein böses Kind. Du musst jetzt gehen!" gewesen. Bis hin zu Sachen wie: Konnte das Kind sein Lieblingskuscheltier mitnehmen oder kam es mit fast nichts? Das sind alles Dinge, die beachtet werden müssen. Dass man nicht einfach ins Hilfeplangespräch einsteigt und sagt: "Ich bin jetzt	Therapeutisches Angebot wird von Kindern, Jugendlichen und Familien in schwierigen und prekären Lebenslagen in Anspruch genommen. Hintergrund der Fremdunterbringung gilt es zu beachten für die Gestaltung des HPG. Umstände sind teils hochtraumatisch. Es bedarf Feingefühl und Fingerspitzengefühl.	Komplexität von Hilfebedarfen Komplexe Lebenslagen Ausgestaltung des HPG	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe

	<p>da.". Sondern es bedarf auch viel Feingefühl, Fingerspitzengefühl. Manchmal findet das Gespräch mit dem Kind auch erstmal im Zimmer statt und nicht mit 5 Erwachsenen am Tisch, also im kleineren Setting. Weil es einen gravierenden Grund gibt, warum das Kind in der Wohngruppe ist. Und da haben die Eltern ihren Rucksack, den die mitbringen auch mit Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, wo es auch darum geht, erstmal (...) möglichst Vertrauen zu schaffen, Ruhe zu bewahren und eine Arbeitsbasis zu finden. Dessen muss man sich bewusst sein. Es ist meist nicht auf freiwilliger Basis, sondern es ist ein Zwangskontext auch, in dem das stattfindet. Und es sind Umstände für ein Kind und eine Familie, die sehr besonders sind bis hin zu hochtraumatisch. Sehr individuell!</p>	<p>Eltern bringen eigene Problematiken mit und haben bis zum Hilfestart beim KJF auch schon schlechte Erfahrungen mit dem ASD gemacht.</p> <p>Aufbau von Vertrauen und Erarbeitung einer Arbeitsbasis ist oft herausfordernd, besonders in Zwangskontexten.</p>	<p>Belastungen der Bezugspersonen</p> <p>Einfluss der Lebenslagen auf die Therapiemotivation</p>	
1/13	<p>Okay. Was denken Sie, wie komplex gestalten sich denn die speziellen Hilfebedarfe der Kinder und der Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen? Vielleicht können Sie auch Beispiele nennen, konkrete Hilfebedarfe benennen.</p>			
1/13	<p>Und das ist sehr weitläufig. Beispielsweise haben wir auch die Schule oftmals mit am Tisch sitzen und mit im Boot. Weil die die Kinder auch nochmal 6/ Stunden am Tag erleben in einem anderen Setting, in einem anderen Umfeld- nämlich noch mit 28 anderen Kindern- und auch in sehr herausfordernden Situationen, sodass (...) da ein Bedarf besteht- ein schulischer Bedarf. (...) Dann gibt es den Alltags- und den Freizeitbedarf, der besprochen werden muss. Ist es ein sehr bewegungsfreudiges Kind, ist es ein phlegmatisch Kind. Also es ist</p>	<p>Hilfebedarfe der Kinder, Jugendlichen und Familien sind sehr weitläufig und werden nach den Bedarfen des Kindes und dessen familiären Kontext bestimmt.</p> <p>Schulischer Bedarf, Bedarfe in der Alltags- und Freizeitgestaltung unter Berücksichtigung des kindlichen</p>	<p>Komplexe Hilfebedarfe der Kinder, Jugendlichen und Familien</p> <p>Grundbedürfnisse und spezielle Bedarfe</p>	<p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>

	<p>so weit ausweitbar. Es ist eigentlich auch die Bedürfnispyramide. Es kann auch weitergehen bei gesundheitlichen Belangen. Was spielt denn da eine Rolle? Gibt es Dinge zu beachten- eine Unverträglichkeit, Allergien, über Gewicht oder Ähnliches. Es gibt die familiären Bedürfnisse, dass die Kinder den Wunsch haben, nach Hause zu wollen oder die Eltern zu sehen. Wo sich die Zusammenarbeit aber schwierig gestaltet. Also die Palette ist endlos und somit ganz sehr auf das Kind geguckt oder auf den Familienkontext, um den es da geht. Und natürlich auch, um was geht es im Hilfeplangespräch- dass die elterlichen Bedürfnisse eben nicht den ersten Vorrang haben, auch wenn das bei denen ganz obenauf liegt, sondern es geht um das Kind in diesem Falle. Das ist meine Rolle als ASD.</p>	<p>Temperaments, gesundheitliche Belange, familiäre Bedürfnisse des Kindes</p> <p>Kinder haben den Wunsch, nach Hause zurückzuziehen und die Eltern zu sehen.</p> <p>Hilfebedarfe des Kindes stehen an erster Stelle, auch wenn das manchmal mit den Bedürfnissen der Eltern kollidiert. ASD priorisiert und koordiniert.</p>	<p>Rolle des ASD</p> <p>Priorisierung, Prüfung, Abwägung von Hilfebedarfen</p>	<p>Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team</p>
1/14	<p>Was würden Sie sagen, welche Bedeutung hat denn die Eltern- und Bezugspersonenarbeit im Kontext dieses therapeutischen Angebotes Ihrer Meinung nach?</p>			
1/14	<p>Ähm (...) eine große Bedeutung natürlich. Dass das Verständnis entwickelt wird dafür (...), dass beispielsweise Beurlaubungen für das Kind, um die Bedürfnisse der Eltern "Ich bin ein guter Elternteil." zu befriedigen, dem Kind aber nicht gut tun, weil. Und dann ist nicht der WG-Betreuer derjenige, der das versagt im Sinne von "Der Urlaub sollte nicht stattfinden."das ist natürlich auch ein Thema im Hilfeplan "Beurlaubungen"....das entscheidet nicht die WG alleine und auch nicht das therapeutische Setting, (...) aber dann hat die WG die Unterstützung, zu sagen, das ist ein</p>	<p>Die Eltern- und Bezugspersonenarbeit hat eine große Bedeutung. Sie ist entlastend für die WG, da im therapeutischen Setting intensiver mit den Eltern gearbeitet werden kann, z.B. an psychoedukativen Inhalten oder an dem Verständnis kindlicher Bedürfnisse.</p>	<p>Bedeutung von Eltern- und Bezugspersonenarbeit in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen</p> <p>Entlastung</p>	<p>Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess</p>

	Thema, was bitte im therapeutischen Kontext näher besprochen werden kann, wenn da der Austausch gut da ist.	Verantwortlichkeiten werden geteilt Guter und vertrauensvoller Austausch ist in der Arbeit mit den Eltern und Bezugspersonen entscheidend, um auch an schwierigen Themen zu arbeiten.	der WG Arbeitsbeziehung mit den Eltern und Bezugspersonen	
1/14	Zwischen WG und Therapeutin. Was im Hilfeplan stattfinden kann. Wer macht was mit wem? Das ist immer wieder ein großes Thema. Und dann kann das noch einmal eine große Bedeutung haben für den Hilfeverlauf und für die Arbeitsweisen der Einzelnen.	Austausch und Arbeitsteilung zwischen den Fachkräften wird als großer Einflussparameter für den Hilfeverlauf gesehen.	Austausch im Zuge der Netzwerkarbeit unter den Fachkräften Arbeitsteilung, Rollenverständnis	Rollenverständnis und Aufgabenteilung im multiprofessionellen Team
1/15	Wer ist denn alles beim Hilfeplangespräch dabei, in den Folgehilfeplangesprächen?		Beteiligung an Hilfeplangesprächen	
1/15	Es ist der junge Mensch im besten Falle, zumindest eine gewisse Zeit. Denn wenn das 1 1/2 Stunden sind, dann ist das für das Kind sehr anstrengend nach der Schule oder Ähnliches...dann ist das für das Kind sehr mühsam. Aber das Kind und den jungen Menschen mitzuerleben, der auch seine Meinung sagen soll und darf, Beteiligungsrechte hat im Hilfeplanverfahren. Das ist ganz wichtig. Dann geht es darum, die Personensorgeberechtigten zu beteiligen, zumindest einzuladen und sie haben davon Kenntnis. Ist es nicht möglich, zu kommen, dann wird das nachbesprochen oder zumindest per Post geschickt und das Angebot unterbreitet, nochmal	Am Hilfeplangespräch oder -verfahren teilnehmen teil: der junge Mensch, Personensorgeberechtigte, Wohngruppe, ggf. Schule, Therapeutin, Tanten, Trainer aus dem Freizeitbereich und weitere Begleiter, die sich der junge Mensch als Begleitung wünscht oder die relevant sind. Partizipation des	Hilfeplangespräch (Teilnehmer) Partizipation des jungen Menschen Austausch/ Bündelung von Informationen	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk Einbindung

	<p>zu telefonieren. Die Wohngruppe ist wichtig. Die sind am Kind dran. Die bringen Dinge mit, die auch besprochen werden müssen. Was steht an Terminen und Herausforderungen? All so etwas. Dann ist wie gesagt auch die Schule mit inkludiert, weil das ja zur Entwicklung und zum kindlichen Leben mit dazugehört. Die Therapeutin zum Beispiel auch, wenn es machbar ist. Aber es können genauso, wenn es abgesprochen ist, Tanten, Trainer im Freizeitbereich dabei sein. Also das ist auch individuell. Ohne dass es 20 Personen werden. Das ist dann "to much". Sollte aber der Junge Mensch eine Begleitung brauchen und sagen: "Ich will hier noch jemanden mitbringen.", dann ist das absprechbar und möglich. Klar!</p>	<p>Kindes am Hilfeplanverfahren ist von enormer Bedeutung.</p> <p>HPG-Protokolle werden bei Nichtteilnahme per Post versendet oder Angebote auf telefonische Nachbesprechung wird unterbreitet.</p>		<p>der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess</p>
1/15	<p>Wie ist das denn beispielsweise, wenn ein Vormund im Spiel ist? Werden dann die Eltern dennoch eingeladen?</p>		<p>Partizipation von nicht sorgeberechtigten Eltern am Hilfeplanverfahren</p>	
1/15	<p>Der Vormund hat ja die elterliche Sorge für den jungen Menschen und muss dabei sein, sonst können Dinge nicht besprochen werden. Ja, also der Sorgeberechtigte muss, und die Eltern sind die Eltern. Wenn die aus Unvermögen heraus nicht am Kind teilhaben, warum dann nicht am Hilfeplan? Natürlich!</p>	<p>Eltern werden eingeladen zum HPG, auch wenn es einen Vormund gibt und wenn die Eltern nicht kindeswohlgefährdet sind. Der Vormund muss dabei sein und trifft Entscheidungen.</p>		<p>Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess</p>
1/16	<p>Was bedeutet für Sie persönlich Netzwerkarbeit?</p>			
1/16	<p>Netzwerk ist für mich persönlich Zeit haben, sich auch zwischendurch mal zu hören und zu sprechen. Zeit nehmen dafür.</p>	<p>Zeit nehmen für regelmäßigen Austausch mit den Fachkräften</p>	<p>Verständnis von Netzwerkarbeit</p>	
1/16	<p>Ja, wenn ich (...) zwischen den</p>	<p>Ohne Austausch in</p>	<p>Verständnis</p>	<p>Bedeutung</p>

	<p>Hilfeplänen, was ja manchmal tatsächlich 6 Monate sein können, zwischendrin nichts gehört habe, wird mir spätestens da bewusst, dass ich völlig im Dunkeln tappe. Und desto länger dauert dann auch das Hilfeplangespräch. So Zwischeninformationen oder mal eine Email, oder sich mal zu sehen ist hilfreich, dass ich persönlich wieder eine Idee davon habe: Wie läuft denn die Hilfe? Was ist denn gerade los? Ist das Kind nach den Sommerferien in die nächste Klassenstufe gekommen? Ist da der Wechsel passiert auch von Kita in die Grundschule, Grundschule in die Oberschule oder Ähnliches. Das sind so Sachen, wo ich das Gefühl habe, wieder mit auf dem Laufenden zu sein. Sonst erarbeite ich mir das alles vorher oder bekomme das im Bericht zugearbeitet oder erfahre es dann erst im Hilfeplangespräch. Und DIE Runde dauert dann länger, wenn ich dort erst die Infos erfrage. Und somit ist das für mich "Netzwerken"- Infos zu haben, auf dem Stand zu sein, auf dem Laufenden zu sein. Genauso wie die anderen im Netzwerk ja wissen müssten oder bemüht sind, zu wissen: Was ist denn hier gelaufen?. Kam eine Anfrage zu zusätzlichen Leistungen? Dann bearbeite ich das ja hier und gebe einen Rücklauf an den Träger, dass das durchgegangen ist. "Das ist okay so. Sie können wie besprochen anfangen." Das ist meine Rückmeldung nach dem Hilfeplan. Mache ich es nicht, dann weiß der Träger nicht, woran sind wir denn jetzt. Und dann kommt das System zum Stocken. Das ist dann kein gutes Netzwerken auch von meiner Seite. Somit hat da</p>	<p>kürzeren Abständen als 6 Monaten kein gutes Fallverständnis der Fachkraft wegen fehlender Informationen. HPG dauern sehr viel länger, da Infos dann erst erarbeitet werden müssen. Ein Bericht enthält auch begrenzte Infos, die dann ausführlicher erläutert werden müssen.</p> <p>Telefonate, Treffen, professionelle Tür- und Angelgespräche (Austausch) sind wichtig, um den Überblick über die Entwicklungen und die sich verändernden Bedarfe zu erhalten.</p> <p>Netzwerken ist, auf dem Stand zu bleiben und ein ausführliches Bild und Informationen vor Beginn des HPG zu haben.</p> <p>In einem Netzwerk hat jeder seinen Anteil, um einen Hilfeverlauf erfolgreich und flüssig zu gestalten. Klappt der</p>	<p>von Netzwerkarbeit</p> <p>Austausch (zwischen den Hilfeplangesprächen)</p>	<p>und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

	jeder seinen Anteil.	Austausch nicht, dann kommt das Hilffssystem zum Stocken. Beruhen auf Gegenseitigkeit.	Austausch zur Hilfeanbahnung	
1/17	Wie genau läuft denn dieser Fachaustausch, dieses Netzwerken, zwischen Ihnen als ASD-Mitarbeiterin, dem Verein KJF und der Therapeutin ab? Wie bekommen Sie dieses Netzwerken hin?			
1/17	Eigentlich sind das gerade vordergründig Emails (...) aufgrund schlechter telefonischer Erreichbarkeit auch gerade bei mir. Dass ich unterwegs bin viel und nicht am Platz bin, um erreichbar zu sein. Somit läuft da viel schriftlich. Natürlich. Und manchmal wird abgesprochen, wann wir miteinander telefonieren- ein Termin zum Telefonieren, damit das Zeitfenster dann da ist.	Zwischen den HPG sind Emails mit Informationen zum Hilfeverlauf hilfreich für den ASD. Schlechte Erreichbarkeit des ASD wegen Personalmangels und erhöhten Arbeitsaufkommens.	Austausch in einem Netzwerk Schlechte Erreichbarkeit des ASD	Hemmnisse und Entwicklungsbedarfe
1/17	Habe ich Sie richtig verstanden? Es gibt telefonische Gespräche zwischen Ihnen und der Therapeutin. Gibt es aber auch telefonische Gespräche zwischen Ihnen und der Wohngruppe?	Telefonische Gespräche zwischen ASD und Therapeutin; ASD und Wohngruppe	Austausch (Formen des Austausches)	
1/17	Ja, natürlich. Und die gibt es auch mit den Eltern. Und die gibt es auch mal mit der Schule, mit der Schulsozialarbeiterin. Und ergeben sich daraus wieder Infos, die für die anderen relevant sind, dann wird es natürlich mitgeteilt oder in einer Sammel-Email verschickt als Terminidee oder Ähnliches.	Telefonische Gespräche zwischen ASD und Schule, zwischen ASD und Schulsozialarbeiterin Informationsfluss im Netzwerk durch Sammelemails oder Verabredungen zum persönlichen Gespräch zwischen allen Beteiligten bei Bedarf.	Austausch und Informationsfluss	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
1/18	Wie läuft denn die Evaluation dieses therapeutischen Angebotes des KJF e.V. ab? Werden Sie da			

	unmittelbar einbezogen?			
1/18	Nein! Also ich weiß, dass das erfolgt. Und ich wurde auch schon gefragt nach einem Hilfeende, womit auch die Therapie endete: Wie ging denn das weiter?, damit auch die Therapeutin einen Rücklauf bekommt. Den ich ihr dann auch mitgeteilt habe. Es ist ja auch eine menschliche Sache, wenn da jahrelang intensiv gemeinsam gearbeitet wurde und die Therapeutin ist raus. Und ich weiß, dass sie evaluiert. Also bekam sie von mir das Feedback, dass das nach Hilfeende gut weitergelaufen ist. Aber ich weiß nicht, was konkret evaluiert wird oder gar dann das Ergebnis dessen ist. Nein.	Die Therapeutin hat Feedback über den Fortlauf der Hilfe nach Therapieende erhalten durch den ASD. ASD wird nicht unmittelbar in die Evaluation des therapeutischen Angebotes einbezogen und kennt die Ergebnisse vergangener Evaluationen nicht.	Evaluation des therapeutischen Angebotes und Einbezug in die Evaluation Partizipation in den Evaluationsprozess	Qualitätssicherung Evaluation
1/18	Würden Sie sich das wünschen als ASD-Mitarbeiterin, die ja auch eng in diesem Prozess steht, auch mit evaluieren zu dürfen.			
1/18	Durchaus. (...) Auch auf die Frage bezogen, was kann ICH anders machen. Weil ich habe im therapeutischen Kontext da ja nicht Einfluss und sehe mich da irgendwie nicht, um da was anders bewirken zu können. Aber es kann ja sein, dass in der therapeutischen Evaluation etwas rumkommt, was hätte im ASD anders laufen können. Und das ist dann schon wichtig für mich, zu wissen. Weil ich dann schon bemüht wäre, da nicht wieder reinzustapfen in dieses "Fettnäpfchen". Ja, in der Hinsicht.	ASD- Mitarbeiterin wünscht sich nicht die Evaluation des therapeutischen Arbeitens der Therapeutin, aber eine Feedbackschleife hinsichtlich Arbeitsabläufe im Hilfeprozess. Dies könnte hilfreich zur Weiterentwicklung interner Prozesse auch im ASD sein oder in der Zusammenarbeit mit der Therapeutin.	Partizipation des ASD in die Evaluation des therapeutischen Angebotes	Qualitätssicherung und Evaluation
1/18	Also Sie können sich vorstellen, einen Bogen zu bekommen, wo auch Sie evaluieren dürfen und sagen dürfen: "Dieser Fall ist so und so gelaufen."		Partizipation im Evaluationsprozess	
1/18	Also jetzt nicht zu mir, sondern	Prozess und Ablauf	Ausgestaltung	Qualitätssicherung

	<p>eher zum geführten Prozess und Ablauf. Wäre das für das Kind, hätte das noch irgendwie anders gehen können- zeitigere Kontaktaufnahme, hätte mehr Sitzungen möglich machen können, um das Ende anders vorzubereiten oder (...) . Ja, das kann ja auch bei so einer Evaluation rauskommen. Also ich würde mitmachen und wäre dann am Gesamtergebnis interessiert.</p>	<p>soll vielmehr evaluiert werden (zeitigere Kontaktaufnahme, mehr Therapiesitzungen).</p> <p>ASD-Mitarbeiterin ist am Gesamtergebnis der Evaluation interessiert.</p>	<p>g der Evaluation</p>	<p>erung und Evaluation</p>
1/19	<p>Wie groß schätzen Sie persönlich denn die Erfolgsquote der Rückführung der Kinder und Jugendlichen ins Elternhaus ein?</p>			
1/19	<p>Schwer zu sagen, weil danach oft der Kontakt abbricht. Wir haben/ ich habe selten dann noch Feedback, wie es in der Familie weitergegangen ist. (...) Immer die optimistische Hoffnung, dass es gut ist, wenn ich nichts höre. (...) Aber ich weiß es ja nicht. Und somit ist erstmal eine Rückführung ein Erfolg, dahingehend Familie ist Familie. Familie kann man sich nicht aussuchen, aber es ist die Familie. Und die jungen Menschen haben etwas mitbekommen, um auch über ihre Familie sich Gedanken zu machen. Und um vielleicht auch zu wissen, wie kann ich mit dem ein oder anderen umgehen oder <u>wo kann ich Hilfe bekommen, wenn es nicht mehr geht</u>. Das ist mit ganz wichtig. Aber ich habe jetzt so rückblickend oftmals keinen Kontakt mehr.</p> <p>Weil die Familien auch manchmal eine Anschlusshilfe in ambulanter Form nicht mehr wollen. Deshalb fehlt mir dann der Einblick. Das wurde schon durchaus von mir oder aus dem Hilfenetzwerk als (...) förderlich empfohlen, ist aber natürlich eine freiwillige Sache.</p>	<p>Eine Rückführung des jungen Menschen in das Elternhaus ist zwar Hilfeziel und auch Erfolg.</p> <p>Aber ein differenzierter Blick auf die Rückführung des jungen Menschen ist eigentlich nötig, da noch betrachtet werden muss, ob Dinge auch im Familiensystem noch weiterhin umgesetzt werden, um das Kindeswohl langfristig zu stärken.</p> <p>Anschlusshilfen in ambulanter Form werden nach Rückführung oftmals zur Stabilisierung der Erfolge und zum Übertrag ins Elternhaus empfohlen, oft aber</p>	<p>Erfolgsquote der Rückführung</p> <p>Anschlusshilfen/ Übergänge</p>	<p>Effekte der Hilfe aus subjektiver Sicht</p> <p><u>Hemmnisse und Entwicklungsbedarfe</u></p>

		nicht genutzt von Familien.		
1/20	Was unterscheidet das Therapieangebot des Heimverbundes des KJF e.V. Ihrer Meinung nach maßgeblich von einem herkömmlichen, therapeutischen Angebot?			
1/20	Es ist ein schnellerer, unkomplizierterer Zugang (...) für Kinder in stationären Hilfen beim KJF e.V.. Diese Erreichbarkeit der Therapeutin trotzdem. Also ich habe die Emailadresse und die Telefonnummer und kann mich auf das Engagement und die Bereitschaft verlassen, da im Hilfeprozess mitzuwirken. Ich würde sagen, dass die Zeiten und Kapazitäten Therapeuten im ambulanten Bereich viel, viel seltener haben.	Therapeutisches Angebot des KJF e.V. bietet im Gegensatz zum ambulanten Angebot einen schnelleren und unkomplizierteren Zugang zu Therapie. Erreichbarkeit und Vernetzung mit der Therapeutin ist sehr gut. Bereitschaft zur Mitwirkung im gesamten Hilfeprozess. Kapazitäten zur Mitwirkung fehlen bei ambulanten Therapeuten.	Unterschiede zwischen dem therapeutischen Angebot des KJF e.V. und einem ambulanten Therapieangebot Geringe Mitwirkungsbereitschaft/ fehlende Kapazitäten bei ambulanten Therapeuten	Potenzial des therapeutischen Angebotes Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
1/20	Ja, die dann eben leider so aussieht, dass es oftmals nicht möglich ist, dass da Therapeuten am Hilfeplangespräch teilnehmen. Ich müsste das ewig vorher anmelden. Die sind nicht so flexibel in der Verschiebung, weil deren Terminkalender wahrscheinlich auch nochmals anders aussehen oder die an andere Vorgaben geknüpft sind. Da ist nicht so viel Flexibilität da. Vielleicht ja auch, wenn es große Praxen sind, dass die Menge an Patienten nochmal anders ist. Ja, in dieser Hinsicht ist es wirklich die Flexibilität, die Erreichbarkeit und auch die enge Zusammenarbeit und Beteiligung. Das ist hier wie ein ungeschriebenes Gesetz (lachen)	Fehlende Flexibilität, fehlende Bereitschaft zur Teilnahme am HPG, fehlendes Grundlagenwissen im Bereich Kinder- und Jugendhilfe bei ambulanten Therapeuten. Vorteile des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.: Flexibilität bei Absprachen, Erreichbarkeit, enge	Unterschiede zwischen therapeutischem Angebot des KJF e.V. und einem ambulanten Angebot hinsichtlich Teilnahme an Austausch und HPG Vorteile des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.	Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie Potenziale des therapeutischen Angebotes

	und sehr schön so. Ich muss sonst auch erläutern, was ist ein Hilfeplangespräch. Also da fehlt das Wissen auch, die Grundlagen.....	Zusammenarbeit im Hilfeverlauf, Bereitschaft zur Teilnahme am HPG, interdisziplinäres Wissen der Therapeutin.		
1/20	Das heißt, die Verknüpfung verschiedener Professionen, so habe ich jetzt verstanden, ist da nicht so grundsätzlich da.		Multiprofessionalität/ multiprofessionelles Wissen	
1/20	Noch nicht so geläufig, ja. (...) Die sind ja sehr verteilt in der Stadt. Das ist jetzt nicht so örtlich bezogen auch. Wir wissen, wo das KJF sitzt. Wir wissen, wo die Therapeutin sitzt und wo die WG's sind. Das ist ein schnellerer Zugang.	Ambulanten Therapeuten sind sehr verteilt. Gute Vernetzung mit/ Wissen über Hilfsangebote des KJF, insbesondere mit dem therapeutischen Angebot ermöglicht schnelleren Zugang.	Vernetzung/ Zugang zur Therapie	Potenziale des therapeutischen Angebotes
1/21	Zusammenfassend möchte ich Sie noch einmal fragen: Worin sehen Sie Chancen und Potenziale dieses therapeutischen Angebotes?			
1/21	Es wäre durchaus noch eine größere Chance, noch besser zu arbeiten, wenn es erweitert werden würde. (...) Um auch vielleicht noch mehr Kindern, jungen Menschen die Möglichkeit zu geben. Auch da sind die Zeit und die Kapazität ja nicht endlos. Und somit gäbe es dort vielleicht Verstärkung personell.	Erweiterung des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. durch personelle Verstärkung wird gewünscht. Bedeutet die Erweiterung der Kapazitäten.	Chancen und Potenziale des therapeutischen Angebotes	Hemmnisse und Entwicklungsbedarfe
1/21	Das kann schon noch eine Person mehr sein. Ich weiß da jetzt aber auch nicht detailliert, wie die Therapeutin aufgestellt ist (...). Ob es da jemanden gibt, der Termin koordiniert. Was ich nicht glaube, weil ich glaube, das macht sie alles selber. Also oh halleluja....und somit (...) könnte noch eine Person oder jemand, der zur Entlastung	Koordination der Termine liegt bei der Therapeutin- kaum Entlastung. Wunsch nach Ausbau der Kapazitäten der Therapie, nach noch intensiverer	Ausbau/ Erweiterung des therapeutischen Angebotes Personelle Verstärkung	Hemmnisse und Entwicklungsbedarfe

	der Therapeutin beiträgt, dazu führen, dass noch mehr Kinder, noch mehr Gespräche oder auch noch eine intensivere Zusammenarbeit gestaltet werden kann. Gefühlt sind wir da ja nie fertig in der Sozialen Arbeit oder in der therapeutischen Arbeit, ja.	Zusammenarbeit durch noch mehr Gesprächsangebote für junge Menschen.		
1/22	Gibt es denn derzeit hohe Bedarfe am therapeutischen Angebot?		Erhöhte Therapiebedarfe	
1/22	Ja! Ähm (...) ich bin da tatsächlich bei den letzten zwei Jahren Corona auch, die in meiner Ansicht die jungen Menschen und die Familien auch sehr, sehr geprägt haben. Da ist auch viel an (...) Vernetzung der Familien untereinander kaputt gegangen, an einem Miteinander, bis hin zu einem menschlichen Miteinander. Das sind fast Basics, die da in therapeutischen Settings wieder besprochen werden. Und ja (...), die junge Menschen ja auch in wichtigen Lebensphasen geprägt haben- in der Vorpubertät oder mitten in der Pubertät da so begrenzt und freiheitsberaubend, in ihren Möglichkeiten wirklich eingeschränkt worden sind. Die jetzt Dinge nachholen mit "vollem Karacho" und Eltern damit überfordert sind. Oder Eltern auch das Netzwerk nicht mehr haben, mit der Nachbarin zu sprechen oder mit der Freundin zu sprechen, sondern sehr eingeeigelt unterwegs sind (schnaufen). Ja, ich bin da wirklich dabei, dass Bedarfe gestiegen sind auch aufgrund der letzten zwei Jahre bis hin zu psychischen Erkrankungen.	Erhöhter Therapiebedarf infolge der Coronapandemie, da Vernetzung und menschliches Miteinander in Familiensystemen kaputt gegangen sind. Coronapandemie hat begrenzend, einschränkend, freiheitsberaubend auf junge Menschen in sensiblen Phasen eingewirkt. In der Pflege sozialer Kontakte völlig eingeschränkt teilweise. Folge ist der Anstieg von psychischen Erkrankungen. Dinge werden nachgeholt in vollem „Karacho“, sodass dies zur Überforderung der Eltern führt.	Erhöhte Therapiebedarfe durch Coronapandemie Zerrüttung von familiären Netzwerken in Corona/ Austausch eingeschränkt möglich	

Nr./Frage	Aussage	Paraphrase	Subkategorie	Haupt-Kategorie
2/1	In welcher Rolle wirken Sie denn an diesem therapeutischen Angebot des Heimverbundes mit?			
2/1	indem ich sozusagen mich mit Frau Z. abspreche zum Hilfebedarf in dem Familiensystem und individuellen Hilfebedarfen des Kindes oder des Jugendlichen.	ASD und Therapeutin tauschen sich zu individuellen Hilfebedarfen des jungen Menschen und des Familiensystems aus.	Aufgaben- und Rollenverteilung im Hilfeprozess/ Austausch	Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team
2/1	Also Sie sind hier Mitarbeiterin des ASD und schauen, wie ist der Hilfebedarf. Und koppeln sich dann mit Frau Z., der Therapeutin?	Prüfung der Hilfebedarfe durch den ASD. Danach Kopplung mit Frau Z. bei evtl. therapeutischen Bedarf		
2/2	In welchem Alter sind denn die Kinder und Jugendlichen, die dieses Angebot in Anspruch nehmen?			
2/2	Unterschiedlich. Also das Kind muss natürlich, weil es um die Kinder geht, alt genug sein, um das Angebot für sich nutzen zu können. Dementsprechend wäre ein Säugling sinnfrei. Aber Kindergartenkinder können natürlich schon das Angebot nutzen. (...) Wir haben jetzt vor einigen Wochen sozusagen therapeutische Begleitung durch Frau Z. bei einem Kindergartenkind aktiviert. Er ist 5 Jahre alt. Ähm ja, das Kind muss geistig in der Lage sein. Und das würde ich jetzt nicht auf das Alter beschränken, weil die Kinder sind nun einmal von ihrer Entwicklung unterschiedlich und Bedarfe sind unterschiedlich, therapeutische Bedarfe sind unterschiedlich. Und deshalb tun wir ja grundsätzlich, was das KJF anbetrifft zumindest mal, gemeinsam - also ich,	Kind muss das Angebot geistig für sich nutzen können (keine Säuglinge). Kindergartenkinder sind schon Zielgruppe (Bsp. Junge im 5.LJ.). Entwicklungsalter und biologisches Alter können sich unterscheiden. Bedarfe werden zunächst durch ASD, Sorgeberechtigte und WG geprüft. Dann wird im therapeutischen Bedarfsfall die Therapeutin des KJF eingeschaltet.	Zielgruppe (Entwicklungsalter) Prozess der Hilfeanbahnung	Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team

	<p>Sorgeberechtigter, Wohngruppe, also alle Beteiligten- erstmal gucken aus unserer Sicht. Könnte Bedarf bestehen? Dann schalten wir sozusagen Frau Z. ein als Fachkraft dafür, die natürlich sich selber (...) Einblick verschaffen soll. Bis jetzt war nie der Fall, dass sie gesagt hat: "Nein, ich stimme der Einschätzung nicht zu.". Aber es kann ja trotzdem passieren, dass sie sagt: "Ihr übertreibt. Der therapeutische Bedarf besteht nicht.". Kann ja sein. War nicht der Fall, aber ja. Und dann sozusagen wird sie sehr aktiv im Hilfeverlauf einbezogen.</p>	<p>Übereinstimmung der Bedarfsanalysen des ASD und anderer Beteiligter und der Therapeutin stimmen fast immer überein.</p> <p>Aktiver Einbezug der Therapeutin erst nach Bedarfsprüfung aller Beteiligten.</p> <p>Bedarfsprüfung für das therapeutische Angebot im Netzwerk</p>		
2/3	<p>Also Sie haben gerade schon ein Stück weit die Hilfeanbahnung beschrieben. Und wo wird das eingeschätzt, ob dieser Bedarf besteht? In einem Ersthilfeplangespräch?</p>			
2/3	<p>Es ist unterschiedlich. Es hängt davon ab, wie (...). Also diese Hilfeform wird beim KJF ausschließlich wahrgenommen, wenn die Kinder stationär beim Träger untergebracht sind. Also das KJF hat ja verschiedene Hilfeformen- ambulant und stationär. Und Frau Z. nutzen wir nur im stationären Setting (...) Und ich als ASD prüfe vor Start der Hilfe den Hilfebedarf für das Kind. Und stationäre Hilfe kommt ja nur in Frage, wenn sozusagen ambulante Hilfeformen vielleicht nicht mehr ausgereicht hat, oder ein Elternteil fällt weg. Es gibt ja verschiedene Gründe, warum stationäre Hilfe in Anspruch genommen wird. Es gibt auch Einzelfälle, Gott sei Dank, wo Elternteile versterben und keine anderen familiären Ressourcen bestehen, sodass das Kind oder der</p>	<p>Therapeutisches Angebot wird ausschließlich bei Kindern im stationären Setting des KJF genutzt</p> <p>Bedarf auf stationäre Unterbringung des jungen Menschen wird vom ASD vor Hilfestart geprüft.</p>	<p>Hilfeformen des KJF</p> <p>Bedingung zur Nutzung des therapeutischen Angebotes</p> <p>Gründe für Aufnahme in stationäres Hilfesystem</p> <p>Komplexe Lebenslagen Der jungen</p>	<p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>

	<p>Jugendliche nur stationär untergebracht werden kann. Oder ein Elternteil ist ganz doll krank und geht ins Krankenhaus- also unverschuldetes Versagen. Oder manche gehen in Haft - das ist schon verschuldet- und es gibt keine anderen familiären Ressourcen. Weil familiäre Ressourcen haben natürlich Priorität, dass das Kind im gewohnten Umfeld verbleiben soll. Das ist aber nicht immer möglich. Und ähm (...) andere Optionen sind eben verschuldetes Versagen, dass die Eltern so weit eingeschränkt sind in ihren Erziehungskompetenzen, dass das Kind in seinem Haushalt nicht verbleiben kann.</p>	<p>Gründe für eine stationäre Unterbringung: Ambulante Hilfe hat nicht ausgereicht und Erziehungskompetenzen sind zu stark eingeschränkt, Elternteil fällt weg oder verstirbt, keine anderen familiären Ressourcen nutzbar, Krankheit eines Elternteils, Haftunterbringung von Elternteilen, KWG-Fälle</p> <p>Familiäre Ressourcen haben immer Vorrang vor stationärer Unterbringung</p>	<p>Menschen und Familien</p>	
2/3	<p>Beispielsweise Kindeswohlgefährdungen?</p> <p>Genau, genau!</p>		<p>Lebenslagen (KWG)</p>	
2/4	<p>Und für mich ist es noch ganz interessant, wie denn dieses therapeutische Angebot des KJF finanziert wird?</p>			
2/4	<p>Also grundsätzlich ist es eine Leistung, die mit dem Jugendamt Chemnitz verhandelt ist. Denn der Träger ist nun einmal in Chemnitz und dementsprechend wird das auch mit Chemnitz verhandelt. Und wenn im Hilfeverlauf dieser Bedarf festgestellt wird und die Frau Z. ihrerseits als Fachkraft bestätigt und sagt: "Ja, ich teile die Einschätzung der anderen Fachkräfte und sehe auch den therapeutischen Bedarf.", dann beginnt die Therapie und wird</p>	<p>Therapeutisches Angebot entspricht einer mit dem Jugendamt Chemnitz verhandelten Leistung und wird über Annexleistungen abgerechnet.</p> <p>*Annexleistung: finanzielle Leistung der wirtschaftlichen Jugendhilfe als Folge</p>	<p>Finanzierung des therapeutischen Angebotes</p> <p>Bedarfsprüfung und Hilfeanbahnung</p>	

	dann über Annexleistung abgerechnet.	einer erzieherischen Hilfe		
2/5	Wie schnell kann die Therapie starten, also gerade in akuten Fällen oder bei dringenden Bedarfen?		Hilfestart und Deckung dringender Bedarfe	
2/5	Also grundsätzlich mit Frau Z., ich beziehe mich auf sie, denn es ist trägerunterschiedlich, aber Frau Z. speziell....weil mit jedem Träger ist es ein Stück weit sehr unterschiedlich verhandelt. Bei dem KJF ist es so, dass bei dieser Aufgabe Fachlichkeit und fachliche Kompetenzen wichtig sind, aber Herzblut und Engagement auch. Denn wir arbeiten ja mit Menschen und nicht mit Gegenständen. Und die Frau Z. ist immer sehr bestrebt, sehr zeitnah etwas zu ermöglichen. Dementsprechend nehme ich in den ganzen Berufsjahren wahr, dass sie nach Priorisierung arbeitet, also schaut.....da habe ich als ASD natürlich nicht den Einblick in alle Fälle, die sie hat....nur in unsere gemeinsame Fälle.	Fachlichkeit, fachliche Kompetenzen, Engagement und „Herzblut“ Große Unterschiede innerhalb der Träger, wann ein Hilfestart möglich ist. Therapeutin ist bestrebt, Therapie zeitnah zu ermöglichen und priorisiert auch in akuten Fällen.	Anforderungen an die therapeutische Fachkraft Therapiebeginn/ Hilfebeginn Priorisierung	Potenziale des therapeutischen Angebotes
2/5	Also aktuell nur ein Fall. Aber in den Jahren waren es ja mehrere. Die anderen sind inzwischen beendet. Dass sie wirklich innerhalb weniger Wochen begonnen hat, therapeutischen Bedarf zu bearbeiten. Grundsätzlich kenne ich das so, dass alle intern auch auf sie zurückgreifen können bei Bedarf. Zum Beispiel wenn sie überfordert sind; wenn sie therapeutische Meinungen brauchen, wie sie sich in welcher Situation verhalten sollten. Nach meinem Wissen nimmt sie auch an Fallbesprechungen teil als Therapeutin. Auch sozusagen bei den Kindern, wo sie nicht als Therapeutin fungiert, um ihren	Beginn der Therapie innerhalb weniger Wochen möglich nach bisherigen Erfahrungen der ASD-Fachkraft. Mitarbeiter des KJF haben die Möglichkeit, auf fachliche Rückmeldungen der Therapeutin zurückzugreifen, z.B. bei Überforderung, für fachliche Supervision/ Fallbesprechung bestimmter	Therapiebeginn, Hilfebeginn Netzwerkarbeit innerhalb des Trägers KJF Professionsübergreifende Arbeit	Potenziale des therapeutischen Angebotes Bedeutung und Ausgestaltung

	<p>Kollegen mehr Handlungssicherheit zu geben. Also ich habe sie als sehr (...). Also sie brennt für ihre Aufgabe. Sie will das Beste für die Kinder, die Jugendlichen und das Familiensystem rausholen. Ähm (...) und dementsprechend handelt sie auch. Sie ist immer präsent, zuverlässig und präsent.</p>	<p>Situationen.</p> <p>Pädagogischen Kollegen Handlungssicherheit geben durch interprofessionelle Betrachtung</p> <p>Merkmale der Therapeutin: engagiert, immer präsent, zuverlässig.</p>	<p>Anforderungen und Merkmale der Therapeutin</p>	<p>g multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p>
2/6	<p>Können Sie einen Vergleich ziehen? Denn Sie haben gesagt, dieser akute Bedarf kann relativ schnell abgedeckt werden bei diesem therapeutischen Angebot des KJF e.V.. Wie ist es denn bei ambulanten Therapeuten? Haben Sie da Vergleiche?</p>			
2/6	<p>Kann man vergessen. Also ambulante Angebote waren ja vor der Coronazeit schon schwierig, zeitnah zu aktivieren. Also das heißt natürlich, wenn Krise ist wie Fremd- und Selbstgefährdung, dann steht nach wie vor Corona und jetzt nur stationäre Intervention zur Verfügung, indem das Kind oder der Jugendliche in die Psychiatrie eingeliefert wird. Ähm (...) aber ambulante Anbindung....meine Erfahrung ist, dass auch die ansässigen Psychotherapeuten oder Psychologen schon auch priorisieren, wenn Bürger vorsprechen und Bedarf signalisieren, dass sie dann gucken, wer hat es nötiger und dementsprechend zu schieben versuchen. Meine Erfahrung ist auch, dass (...) es hilfreich sein kann, wenn man zu diesen ansässigen Therapeuten auch eine</p>	<p>Ambulante Therapie ist nicht zeitnah zu aktivieren. Seit Corona hat sich diese Situation noch verschlechtert und die Wartezeit ist ungemein lange. Ambulante Therapeuten priorisieren auch. Vitamin B ist von Nöten bei ambulanten Therapeuten.</p> <p>In Krisensituationen Einlieferung des jungen Menschen in die KJP</p>	<p>Vergleich ambulanter Therapie und Therapieangebot des KJF</p> <p>Deckung akuter Bedarfe in Krisensituationen</p>	<p>Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie</p>

	berufliche oder private Beziehung hat.			
2/6	Sie sprechen das "Vitamin-B" an (lachen)?			
2/6	Ja genau (lachen). Dass da auch mehr möglich sein kann. Aber im Normalfall ist es ungemein lange (bevor Hilfe kommt). Also mindestens ein halbes bis zu einem Jahr.	Ungemein lange: ½ Jahr bis zu einem Jahr	Wartezeit bei ambulanten Therapeuten	Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
2/7	Was denken Sie, woran orientiert sich denn die Dauer der Hilfe für die Kinder und Jugendlichen?			
2/7	An dem Bedarf. Ausschlaggebend ist der Bedarf und die Mitwirkungsbereitschaft. Weil therapeutische Unterstützung kann nur freiwillig erfolgen. Und der therapeutische oder pädagogische Prozess hat Ziele, an denen wir arbeiten. Das sind nicht unsere Ziele. Das sind die Ziele der Bürger. Weil das ist ja ihr Leben und nicht unser Leben. Wir sind nur Hilfestellung, die sozusagen in unserer Kompetenz dem Bürger zur Verfügung gestellt wird. Ich bezeichne Bürger als Stichwort für Kind, Jugendlicher oder Familiensystem, um das zu erleichtern. Wir können nur die Wege aufzeigen, die sie gehen können und können sie begleiten auf diesem Weg, aber wir können es nicht erzwingen. Auch wenn wir sehen, da ist mehr Bedarf. Auch wenn diese Problemeinsicht nicht gegeben ist, wenn Veränderungsbereitschaft nicht gegeben ist, wenn Anstrengungsbereitschaft nicht gegeben ist, wenn das gerade nicht die Ziele des Bürgers sind, dann ist es auch sinnfrei. Kognitive Fähigkeit ist natürlich auch ausschlaggebend.	Hilfedauer orientiert sich immer am Bedarf und an der Mitwirkungsbereitschaft! Ziele der Beteiligten werden im pädagogischen sowie therapeutischen Prozess verfolgt. Therapie und Pädagogik als Hilfestellung für den Bürger. Therapeutische Hilfe ist kein Zwang. Eingeschätzter Bedarf der therapeutischen und pädagogischen Fachkräfte unterscheidet sich manchmal vom eingeschätzten Bedarf der Bürger (Spannungsfeld). Wichtig für therapeutischen	Einflussfaktoren auf die Hilfedauer Spannungsfeld der therapeutischen Hilfe Einflussfaktoren auf die Hilfedauer und den Hilfeprozess	Hemmnisse und Entwicklungsbedarfe Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess

		Prozess: Problemeinsicht Veränderungsbereitschaft Anstrengungsbereitschaft Kognitive Fähigkeiten		
2/7	Also von Betroffenen. Also therapeutisch kann man jetzt keine hohen Ziele ansetzen, wenn ein Mensch kognitiv eingeschränkt ist. Weil man kann einen normalen therapeutischen Prozess einfach nicht durchführen.	Kognitive Möglichkeiten als Bedingung für therapeutischen Prozess.	Bedingung für therapeutische Hilfe (Kognition)	<u>Hemmnisse</u> und Entwicklungsbedarfe
2/8	Was denken Sie, wie wirkt sich die therapeutische Hilfe auf die allgemeine Zielerreichung des Kindes, des Jugendlichen, der Familie aus?			
2/8	Wenn alle Faktoren, die ich schon benannt habe - Problemeinsicht, Veränderungsbereitschaft, Mitwirkungsbereitschaft, Krankheitseinsicht, wenn eine Krankheit oder ein Störungsbild, positive Arbeitsbeziehung gegeben ist und Grundlagen da sind, dann kann es sich sehr, sehr positiv auswirken. Denn dann kann manAlso man kann ja nur einen Hilfeverlauf positiv gestalten, wenn auch diese Verhaltensmuster, die aus verschiedenen Gründen nicht so günstig angelegt wurden, wenn die verändert werden können. Wenn durch therapeutische Unterstützung gelernt werden kann, dass man mit bestimmten Sachen auch anders umgehen kann, um gewollte Ziele erreichen zu können. Dann kann man ungemein viel bewirken. Und Frau Z. schätze ich ganz sehr, weil sie nicht nur bei dem Kind und dem Jugendlichen bleibt, sondern das Ganze, ohne dass ich als ASD was sagen oder sie darauf hinweisen	Problemeinsicht, Veränderungsbereitschaft, Krankheitseinsicht, Mitwirkungsbereitschaft, positive Arbeitsbeziehung Bei gegebenen Grundbedingungen kann Therapie sehr, sehr positiven Einfluss auf Gesamthilfeprozess haben. Therapeutisches Ziel: Verhaltensmuster verändern und neue Strategien erlernen. Einbezug der BZP eigenständig durch Therapeutin ohne Drängen des ASD.	Grundbedingungen zur therapeutischen Arbeit aus ASD-Sicht Einfluss therapeutischer Hilfe auf den gesamten Hilfeprozess Rollenverteilung Bezugspersonenarbeit/Netzwerkarbeit	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess

	<p>muss, von sich aus immer das ganze Netzwerk im Blick hat. das heißt auch die Wohngruppe oder wer auch immer an dem Kind dran ist. Und ganz sehr auch im Blick hat, dass man nicht nur an dem Kind herumbasteln kann. Sondern es kann sich im System nur etwas verändern.(...) ...Und unser Ziel ist ja immer, Rückführung zu ermöglichen. Jedes Kind gehört zu seinen Eltern. Und das ist aus meiner Sicht nie Schuld der Kinder, dass sie in den stationären Bereich kommen. Sondern aus verschiedenen Gründen versagen die Eltern. Und dieses positive Ziel der Rückführung kann nur ermöglicht werden, wenn auch intensivst mit den Eltern gearbeitet werden kann. Dass sie die Idee davon bekommen. Meistens sind das Elternteile, die selber traumatische, biografische Erfahrungen gesammelt haben und häufig keine Idee dazu haben, wie eine gesunde Mutter- oder ein Vaterrolle aussehen kann. Was also alles dazu gehört und wie man sie ausleben kann, was man dem Kind als Vorbildfunktion vorleben kann, wie kann die Zusammenarbeit aussehen mit allen zum Kind gehörenden Beteiligten. Was wichtig ist, unabhängig davon, ob das Kind im stationären lebt oder Zuhause ist. Also das heißt, um das Kind positiv auf seinen Entwicklungsweg zu begleiten und gut erziehen zu können, gehört natürlich dazu, auch interessiert zu sein. Zum Beispiel in den Austausch mit dem Kindergarten zu gehen oder mit der Schule, oder mit dem Hort oder mit dem Kinderarzt. Also nicht nur ein Abarbeiten, sondern auch sensibel darauf zu reagieren und aufzugreifen, wenn</p>	<p>Therapeutin hat das ganze Netzwerk in therapeutischer Arbeit im Blick: Auch Wohngruppe</p> <p>Systemischer Blick: Entwicklungschance und Rückführung des Kindes, wenn Veränderung im Umfeld stattfindet. Intensive BZP-Arbeit von enormer Bedeutung dafür.</p> <p>Beteiligte des Familiensystems bringen oft selbst Rucksack mit traumatischen Erfahrungen oder eigenen Störungsbildern mit. Idee einer gesunden Mutter vermitteln in Therapie- Idee eines günstigen Modellverhaltens, Idee guter Kooperationen. Therapeutin und Fachkräfte selbst sind Modelle hierbei.</p>	<p>Wichtigkeit von Bezugspersonenarbeit</p> <p>Lebenslagen</p> <p>Netzwerkarbeit: Kooperation und Austausch der Fachkräfte als Modell für Betreute/BZP</p> <p>Netzwerkarbeit</p>	<p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p> <p>Einbindung des jungen Menschen und der Familie</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Kindergarten zum Beispiel sagt: "Dem Kind fällt es schwer, seine Impulse zu steuern. Es wäre vielleicht sinnvoll, sich mit dem Kinderarzt auszutauschen wegen einer Ergotherapie oder Logopädie wegen sprachlicher Schwierigkeiten.". Manchen Eltern fällt das schwer, Empfehlungen aufzugreifen und zu verfolgen. Und dann, wenn sie das schon einmal geschafft haben, dann ist häufig die Hemmschwelle groß, diese Angebote aktiv zu nutzen. Nicht nur das Kind zum Termin bringen, sondern in den Austausch mit Ergotherapeuten und Logopäden zu gehen, um dem Kind die Brücke zur begrenzten Förderung im Alltag zu ermöglichen. Ähm (...) das kann nur gute Früchte tragen, wenn man das Wissen, was das Kind in dieser Förderung erhält, aufgreift.</p>	<p>Austausch mit Kita, Schule, Hort, Arzt</p> <p>Netzwerkarbeit verschiedener Professionen untereinander, um Kind bestmögliche Entwicklungschancen zu ermöglichen und Förderung auf verschiedenen Ebenen zu ermöglichen.</p> <p>Eltern fällt Netzwerkarbeit und Austausch mit Fachkräften oft schwer (ggf. wegen Schuldverständnis/Scham).</p>	<p>Hemmschwellen der Bezugspersonen</p>	<p><u>Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Arbeit im Netzwerk</u></p>
2/8	<p>Verständnis entwickeln, dass sie sozusagen für bestimmte Themen gut sensibilisiert werden können. Für viele unserer Eltern ist das Verhalten ihrer Kinder (...) nicht erklärbar. Viele Elternteile neigen dazu, (...) da sie häufig selbst wenig Selbstwertgefühl haben, einzugestehen dass es einem selbst nicht gelungen ist. Sondern sie sehen die Schuld bei den Kindern. "Das Kind ist böse. Das Kind schafft es nicht, sich angemessen zu verhalten, nicht zu stören und für mich keine Belastung zu sein." Und ja, dafür muss man sie</p>	<p>Erarbeitung von Erklärungs- und Störungsmodellen mit BZP für Verhalten der Kinder. Elternverhalten als auslösende oder aufrechterhaltende Faktoren.</p> <p>Oft selbst wenig Selbstwertgefühl der BZP. Neigen zum Verlagern der</p>	<p>Aufgaben/Rolle der Therapeutin</p> <p>Lebenslagen</p>	<p><u>Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team</u></p>

	sensibilisieren: Das Kind ist dein Spiegelbild. Das Kind zeigt nur das, was du dem Kind vorlebst. Wenn du das Kind nicht tröstest und das Kind über die Jahre erfährt, dass es keine Zuneigung kriegt, entwickelt es bestimmte Verhaltensmuster, um zu zeigen, dass es das aber braucht.	„Schuld“ auf das Kind.		
2/9	Sie haben die ganze Zeit die Bezugspersonenarbeit und die Elternarbeit angesprochen. Was würden Sie also zusammenfassend sagen, welche Bedeutung Sie dieser beimessen?			
2/9	Sehr große. Wenn ein Therapeut nur mit dem Kind arbeitet, dann ist es nicht sinnlos, (...) aber zum gewollten Ziel kann man dann nicht kommen.	Große Bedeutung der Eltern-/ BZP-Arbeit zur Zielerreichung	Bedeutung von Eltern- und BZP-Arbeit	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
2/9	Sie hatten gesagt, die Ursachen dieser WG-Unterbringung liegen eben oft eher oft im Elternhaus, im Verhalten der Eltern.	Ursachen der kindlichen Verhaltensmuster liegen oft im Elternverhalten		
2/10	Was unterstützt denn Sie als Fachkraft des ASD, eine gute Abstimmung zwischen Hilfezielen und Ressourcen des Kindes zu finden? Was unterstützt Sie konkret?		Abstimmung von Hilfezielen und Ressourcen	
2/10	Ähm (...) gute und transparente Zusammenarbeit mit allen Beteiligten. Transparente, auf Augenhöhe, zuverlässige Zusammenarbeit. Wenn das gegeben ist, dass alle das Ziel haben, ihr Bestes zu geben und dem Familiensystem so gut wie möglich helfen zu können. Also die der Familie. Die Ziele des Familiensystems!	Gute, transparente, zuverlässige Zusammenarbeit mit allen Beteiligten ist förderlich für den Gesamthilfeprozess und gute Abstimmung von Ressourcen und Hilfezielen.	Bedeutung der Netzwerkarbeit für den Hilfeprozess	<u>Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Arbeit im Netzwerk</u>
2/11	Und ich möchte Sie gern konkret fragen, was bedeutet für SIE gute Netzwerkarbeit?			
2/11	Das bedeutet für mich, ich habe mit kompetenten Leuten zu tun,	Gute Zusammenarbeit	Verständnis von	<u>Rollenverständnis und</u>

	<p>auf die ich mich verlassen kann und die sich in ihrer Rolle sicher fühlen. Jedem ist klar, was hat er zu machen und wartet nicht, bis irgendjemand kommt und sagt: "Das hast du bitteschön zu machen!". Ähm (...) und in Austausch gehen mit anderen, dass das Hand-in-Hand möglich ist, was leider nicht selbstverständlich ist. Und dass man auch in konstruktive Gespräche gehen kann, ohne dass eine Arbeitsbeziehung darunter leidet. Weil das ist ja vollkommen in Ordnung, dass man unterschiedliche fachliche Meinungen vertritt. Davon kann man ja auch profitieren. Aber das ist leider auch nicht immer möglich.</p>	<p>und regelmäßiger Austausch mit kompetenten Fachkräften, die ein sicheres Rollenverständnis besitzen. Agieren statt Reagieren. Kritische und konstruktive Meinungsdiskurse eingehen und aushalten ohne Kränkungen der Beteiligten.</p>	<p>Netzwerkarbeit</p>	<p>Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team</p>
2/12	<p>Wie genau läuft denn der Fachaustausch zwischen Ihnen als ASD, der Therapeutin, dem KJF? Wie findet das statt?</p>			
2/12	<p>Also der meiste Austausch, da ich ja nun einmal nur die Hilfe koordiniere und nicht mit dem Kind den Alltag erlebe, ist der meiste Austausch natürlich zwischen der Wohngruppe und der Therapeutin. (...) Der nächste Austausch, was ich auch erwarte und was auch erfolgt, mit den sorgeberechtigten Elternteilen. Und da kann ich mich blind darauf verlassen, dass (...) entweder in den Hilfeplangesprächen Frau Z. (Therapeutin) teilnimmt, um sozusagen alle Hilfebeteiligten transparent zu informieren, wo steht sie mit dem Kind im jeweiligen Therapieverlauf und was sind die nächsten Ziele. Nach Möglichkeit schreibt sie schriftliche Zuarbeiten oder tauscht sich mit der Wohngruppe aus, weil die Wohngruppe hat Bringepflicht. Die Wohngruppe hat schriftliche</p>	<p>Meister Austausch erfolgt unter Therapeutin und WG und unter Therapeutin und Eltern.</p> <p>Teilnahme der Therapeutin an HPG, um alle Hilfebeteiligten zu informieren über Hilfeverlauf und therapeutische Zielsetzungen.</p> <p>Austausch zwischen ASD und Therapeutin in HPG, durch schriftliche Zuarbeiten der</p>	<p>Fachaustausch zwischen Fachkräften</p> <p>Hilfeplangespräche</p> <p>Austausch zwischen ASD und Therapeutin</p>	<p>Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p> <p><u>Qualitätssicherung</u> und Evaluation</p>

	Zuarbeit zu leisten zum Hilfeplangespräch. Und äh (...) da fließen auch manchmal, nicht immer, Informationen ein, die im Hilfeverlauf entstanden sind in der Zusammenarbeit mit der Frau Z.. Dann brauche ich auch keine Zuarbeit von Frau Z.. Das wird individuell abgestimmt, wie es gerade passt.	Therapeutin an ASD. Bringepflicht für WG auf schriftliche Zuarbeit zum HPG. Individuelle Handhabung von Austausch je nach Bedarf aller Hilfebeteiligter		
2/12	Schriftlich, mündlich. Und natürlich, wenn besonderer Bedarf besteht, machen wir außerhalb der Hilfeplangespräche auch Termine zum Fachaustausch oder wir telefonieren miteinander. Oder Frau Z. meldet: "Das und das, wir müssen uns zusammensetzen.". Also wie der Bedarf ist.	Austausch zwischen Therapeutin, WG und ASD erfolgt schriftlich und mündlich. Bei Bedarf Terminierung für persönlichen Fachaustausch.	Bedarfsorientierung beim Austausch	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Arbeit
2/12	Wer nimmt denn an so einem Fachaustausch in der Regel teil?			
2/12	Wie der Bedarf ist. Also um welches Thema geht es gerade. Wenn gerade (...) Schwierigkeiten auf fachlicher Ebene bestehen....das habe wir auch schon einmal gehabt...also nicht mit Frau Z. sondern im gemeinsamen Fall mit Frau Z., wo das Kind in der WG untergebracht war..... und die Schwierigkeiten und fachlichen Auseinandersetzungen zwischen Frau Z. und den Fachkräften der Wohngruppe bestanden. Ja, und auf dieser Ebene beziehen wir die Sorgeberechtigten natürlich nicht ein. Sondern das machen wir nur auf Fachkräfteebene, uns austauschen und versuchen, eine gute Lösung zu finden. Wie kann wieder eine positive Zusammenarbeit gelingen, damit es dem Kind, dem Familiensystem gut geht.	Teilnehmer werden nach Bedarf und jeweiliger Thematik eingeladen zum Fachgespräch durch den ASD. Zuvor hat zum Beispiel Fachkraft Bedarf an ASD herangetragen. Schwierigkeiten und fachliche Auseinandersetzungen zwischen Fachkräften der WG und Therapeutin werden im Fachgespräch besprochen. Ziel: positive Zusammenarbeit gestalten zur Förderung des Kindes und	Fachaustausch Spannungsfelder	Hemmnisse und Entwicklungsbedarfe

		Familiensystems.		
2/12	Also Sie beispielsweise als ASD sitzen an einem Tisch, die Therapeutin und die Mitarbeiter aus der WG?		Teilnehmer der Fachgespräche	
2/12	Ja genau. Es kann unterschiedlich erfolgen. Manchmal erfolgt das ja auch trägerintern, dass da Austausch (...) nötig ist. Es kann auch passieren, dass ich nicht informiert werde. Ich habe eine so enge Arbeitsbeziehung zur Frau Z. (Therapeutin), dass ich immer informiert werde.	Trägerinterner Austausch erfolgt ohne Einbezug des ASD. Enge Arbeitsbeziehung zwischen Therapeutin und ASD-Mitarbeiterin, dass ASD immer informiert ist.	Arbeitsbeziehungen und Austausch	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Arbeit im Team
2/13	Nämlich welche Bedeutung bemessen Sie dem Austausch mit der Therapeutin bei?			
2/13	Sehr große. Sehr große (betonend) ich habe ja keine therapeutische Ausbildung. Natürlich....so eingebildet, wie ich manchmal bin (lachen), durch meine berufliche Erfahrung habe ich trotzdem Wissen dazu. Und ich schätze fachlichen Austausch egal mit wem sehr, denn ich lerne auch gern dazu. Und ich bin sehr dankbar, aus therapeutischer Sicht zu hören, ob ich an alles gedacht habe im Hilfeverlauf bei der Koordination der Hilfe. Weil im Hilfeverlauf prüfe ich ja auch immer: Ist diese Hilfe noch geeignet oder vielleicht nicht?. Also das heißt, dass es manchmal auch sein kann, dass diese Wohngruppe, wo das Kind ist, nicht mehr geeignet ist und ein anderes intensiveres Angebot erforderlich ist. Das muss ich als ASD im Blick haben. Und da ist mir schon die Meinung von Frau Z. sehr wichtig. Denn durch diese intensive Zusammenarbeit mit Frau Z., mit allen Netzwerkpartnern, auch mit	ASD-Fachkraft bemisst Austausch zur Therapeutin sehr, sehr große Bedeutung bei, weil: multiperspektivische Sicht auf den Fall erleichtert Koordination und regt gleichzeitig zur Reflexion an. Multiperspektive hilft weiter bei Bedarfsprüfung (Hilfe noch geeignet?) und Evaluation des Hilfeprozesses. ASD-Fachkraft ist Meinung/ sind Impulse der Therapeutin sehr wichtig. Netzwerkarbeit mit allen am	Bedeutung des Austausches mit der Therapeutin Netzwerkarbeit und Multiperspektive unterstützt Evaluation des Hilfeprozesses	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Arbeit im Team Qualitätssicherung und Evaluation

	Elternteilen kriegt sie ja auch einen anderen Einblick. Und diese Impulse, die sie im Hilfeverlauf dann mir gibt, können für den Hilfeverlauf oder die Koordinierung der Hilfe für mich als ASD sehr ausschlaggebend auch sein. Das nehme ich sehr ernst, diese Impulse.	Hilfeprozess beteiligten ermöglicht ASD eine gute Hilfekoordinierung und bedarfsgerechte Anpassungen in der Hilfe. Hilfe ist dynamischer Prozess.		
2/14	Wie läuft denn allgemein die Evaluation des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. ab? Und welche Erfahrungen haben sich daraus ergeben?			
2/14	Also auf meiner Ebene, wenn wir den Verwaltungsakt beginnen- die Hilfeform-, legen wir ja auch Statistiken an, die wir auswerten. Und am Ende des Hilfeprozesses evaluieren wir auch die Hilfe: Wie die Zusammenarbeit mit dem Träger war? Wie war die Qualität der Zuarbeit? Wie war die Qualität des Gesprächs? War diese Hilfe ausreichend? Konnte der Träger auf (...) schwierige Situationen gut reagieren oder nicht?. Solche Fragen beantworte ich und auf dieser Ebene wird das therapeutische Angebot nicht explizit berücksichtigt, sondern nur die Hilfeform auf ASD-Ebene. Ob andere Abteilungen im Jugendamt das explizit noch einmal evaluieren, ist mir nicht bekannt. Hab ich noch nie was davon gehört, was aber nicht heißen muss, dass es nicht erfolgt.	Im ASD erfolgt die Evaluation von Hilfen durch Statistiken zu den Punkten Zusammenarbeit, Qualität der Zuarbeit, Angemessenheit der Hilfe, Qualität des Austausches, Reaktion des Trägers in schwierigen Situationen. Keine spezifische Evaluation des therapeutischen Angebotes, nur der gesamten Zusammenarbeit mit dem Träger KJF e.V..	Evaluation des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.	Qualitätssicherung und Evaluation
2/14	Würden Sie sich das wünschen? (...) Dass Sie das explizit noch einmal evaluieren dürfen.			
2/14	Also grundsätzlich "ja". Auch mit anderen Trägern, die wir in Chemnitz haben und die das stationäre Angebot anbieten. Weil ich mit Frau Z. so positive Erfahrungen gesammelt habe,	Einbezug des ASD in die explizite Evaluation des therapeutischen Angebotes ist erwünscht durch		Qualitätssicherung und Evaluation

	würde ich das bei allen Trägern in diesem Umfang sehr begrüßen. Wir haben grundsätzlich schon (...) zum Beispiel bei intensivpädagogischer Wohngruppe Valentin auch einen internen Psychologen, der vor Ort ist. Die Zusammenarbeit mit Frau Z. ist nicht vergleichbar, obwohl da viel mehr bezahlt wird vom Jugendamt. Das ist eine kostenintensivere Hilfe.	ASD. Sehr positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Therapeutin des KJF e.V.. Zusammenarbeit mit Psychologen der intensivpädagogischen WG Valentin ist weniger gut als mit Therapeutin des KJF, obwohl Angebot Valentin kostenintensiver ist.	Ausbau der Helfelandschaft in Chemnitz Vergleich der therapeutischen Angebote innerhalb der Jugendhilfe	Hemmnisse und Entwicklungsbedarfe
2/14	Also für dieses Gesamtpaket, Unterbringung in der Wohngruppe Valentin, da steht für Kinder und Jugendliche....sind ja fast Jugendliche, da sie ab dem 12. Lebensjahr aufnehmen....da stehen Psychologen zur Verfügung. Ich habe einen Jugendlichen in dieser Wohngruppe. Da ist die Qualität vom Austausch her nicht vergleichbar, aus meiner Sicht. Es ist (...) insgesamt die Qualität der Arbeit. Wenn ich Frau Z. eine 10 gebe, dann gebe ich den Kollegen aus der Wohngruppe Valentin eine 3.	Qualität des Austausches mit Psychologen der intensivpädagogischen WG Valentin nicht vergleichbar. Qualität des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. und des Austausches zur Therapeutin wird als außerordentlich gut eingeschätzt.	Qualität des Austausches	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und anderen Angeboten Potenziale des therapeutischen Angebotes
2/15	Okay, es gibt deutliche Diskrepanzen, die natürlich auch personenabhängig sind? Oder würden Sie sagen, es liegt am therapeutischen Angebot? Oder ist es eher personenabhängig durch Frau Z.?			
2/15	Ja, denke ich. Also ich denke mal, es ist in erster Linie durch Frau Z.. Sie will das in erster Linie und fordert das auch beim Träger ein, dass diese Qualität der Arbeit auch	Therapeutin fordert Qualität der Zusammenarbeit auch trägerintern ein.	Anforderungen an die Therapeutin Einfluss der	Qualitätssicherung und Evaluation

	<p>möglich ist und dass sie dafür auch kämpft. Der Träger nimmt das ja auch auf.</p> <p>Da muss man ja den Träger auch loben, dass sie das erkannt haben und auch fördern. Hätte ja auch sein können, sie beenden es trotzdem. (...) Um das vielleicht nochmal aufzugreifen, ähm (...) ich habe das bei anderen Trägern auch schon angesprochen. DonBosco hat zum Beispiel auch einen Psychologen- das ist gewollt und nicht gekonnt. Der hat ganz wenige Stunden für insgesamt 3 Wohngruppen. Die haben in Chemnitz eine Wohngruppe, in Limbach und in Burgstädt. Und (...)</p>	<p>Therapeutenpersönlichkeit wird als großer Einflussfaktor für die Qualität der Zusammenarbeit / des therapeutischen Angebotes eingeschätzt.</p> <p>DonBosco bietet therapeutisches Angebot an, bei dem Psychologe nur geringes Stundenkontingent hat- schlechte Qualität.</p>	<p>Therapeutenpersönlichkeit auf das therapeutische Angebot des KJF e.V.</p> <p>Vergleich zu anderen therapeutischen Angeboten</p> <p>Stundenkontingent zur Qualitätssicherung</p>	<p>Vergleich zwischen therapeutischen Angebot des KJF und anderen Angeboten</p>
2/15	<p>Ich muss es ein bisschen zusammenfassen wegen der Zeit. Das bedeutet, dass Sie ganz andere Erfahrungen mit therapeutischen/psychologischen Angeboten schon gemacht haben in der Kinder- und Jugendhilfe und dass diese in ihrer Qualität nicht vergleichbar sind mit der Qualität des KJF.</p>	<p>Qualität des therapeutischen Angebotes des KJF mit keinem anderen Angebot in der KJ-Hilfe vergleichbar aus Sicht der Fachkraft.</p>	<p>Evaluation der Qualität des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.</p>	<p>Qualitätssicherung</p> <p>Potenziale des therapeutischen Angebotes</p>
2/15	<p>Genau! Also wenn es sozusagen in der Qualität ist, wie Frau Z. es macht, dann ist es hilfreich. Ist es positiv im Hilfeverlauf. Also kann positiv sein im Hilfeverlauf, wenn andere Faktoren auch stimmen, die wir als Jugendhilfe nicht erzwingen können. Die Veränderungsbereitschaft, Mitwirkungsbereitschaft etc.. Dann kann es hilfreich sein. Aber nur wenige Träger machen das in diesem Umfang.</p>	<p>Therapeutisches Angebot des KJF e.V. ist hilfreich für Hilfeverlauf, da Qualität sehr hoch.</p> <p>Wenige Träger bieten therapeutische Hilfe in diesem Umfang an.</p>	<p>Evaluation der Qualität des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.</p>	<p>Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure</p>
2/16	<p>Was unterscheidet das therapeutische Angebot des KJF maßgeblich von einem herkömmlichen, ambulanten Angebot Ihrer Meinung nach?</p>			

2/	Dass der intensive Austausch überhaupt möglich ist. Dass Frau Z. auch die Möglichkeit hat, egal wo diese Gespräche zu machen. An diesen Hilfeplangesprächen teilnimmt. Sehr intensiv im Hilfeverlauf einbezogen zu werden, wenn zum Beispiel ein Jugendlicher den Bedarf hat, einkaufen zu üben, dass sie das auch machen kann. Und nach meinem eingeschränkten Wissen, können auch ambulante Therapeuten, selbst wenn sie das gern machen würden, dann können sie das nicht abrechnen. Und dementsprechend machen sie das nicht.	Vorteile des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.: Möglichkeit auf intensiven Austausch im Netzwerk, Flexibilität bzgl. des Austausches (Ortswahl), Zeit für intensive Expositionen oder Verhaltensexperimente, Brücken in den Alltag bauen	Vergleich ambulante Therapieangebote mit Therapieangebot des KJF e.V. Vorteile der Therapie beim KJF e.V.	Potenziale des therapeutischen Angebotes
2/16	Und versicherungstechnisch, so wurde es mir erklärt, sei es auch nicht möglich. Somit nehme ich als pädagogischer Laie wahr, dass viele theoretische Themen besprochen werden und keine Möglichkeit besteht, dem Bürger die Brücken in den Alltag zu bauen.	In ambulanter Therapie fehlt aus Sicht der ASD-Mitarbeiterin oft der Transfer theoretischer Themen in den Alltag der Pat./Bürger.	Vergleich ambulante Therapie und Therapie des KJF e.V. Nachteil ambulanter Therapie	Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
2/16	Also wirklich auch praktikables Werkzeug dem Bürger an die Hand zu geben. Nicht nur zu sagen: "Mach mal das.". "Aber wie mache ich das in dem Alltag?" Denn unseren Kindern sagen wir ja auch, so und so hast du zum Beispiel zu essen. Trotzdem muss man ihnen 100mal zeigen, wie man Gabel und Messer hält, bis irgendwann mal ein Lerneffekt eingesetzt hat und das Kind begriffen hat: Ah so ist das.. Weil eben viele Faktoren eine Rolle spielen- die Feinmotorik und so. Und das ist ja individuell. Denn unsere Bürger sind nicht immer in der Lage, den Bedarf wiederzugeben. Der Therapeut kann den Bedarf besser erkennen und dem auch entsprechen, wenn auch dieser Austausch möglich ist.	Ambulante Therapeuten sind aus Sicht der ASD-Mitarbeiterin nicht gewillt, Austausch zu suchen im Netzwerk. Es bedarf vieler Wiederholungen neuer Strategien, um diese im Alltag auch anzuwenden.	Nachteil ambulanter Therapie Anforderungen an die Therapeutin des KJF e.V. (Brücken in den Alltag schaffen)	Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie

	Und diesen Austausch sind auch viele ambulante Therapeuten nicht gewillt, zu suchen! Nur wenige, wirklich ganz, ganz einzelne Therapeuten, suchen Kontakt zum Jugendamt, obwohl sie wissen, das Kind oder das Familiensystem ist beim Jugendamt angebunden. Damit man wirklich auch im Netzwerk gut helfen kann.			
2/16	Da sehen Sie deutliche Unterschiede- vor allem in der Vernetzung, in der Zusammenarbeit und im Austausch?	Unterschiede in den Bereichen: Vernetzung, Zusammenarbeit, Austausch, alltagsnahes Üben	Vergleich der Angebote ambulante Therapie und Therapie des KJF e.V.	
2/17	Gibt es noch etwas, was Sie gern verbessert haben würden in diesem therapeutischen Angebot des KJF e.V.?			
2/17	Dass es weiterhin ausgebaut wird. Ja, dass Frau Z. entlastet werden kann. Ich nehme wahr, dass sie auch gern mehr Zeit hätte für die Kinder, für die Fachkräfte, um sie aus therapeutischer Sicht schulen zu können. Dafür braucht man mehr Fachkräfte. Also ich wünsche mir einen zweiten Therapeuten. Das KJF ist sehr groß als Träger.	Entwicklungsbedarf: Personeller Ausbau des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. und Entlastung der Therapeutin, um pädagogisches Personal mehr zu schulen in multiprofessionellen Themen und für mehr Zeit mit den jungen Menschen.	Entwicklungsbedarf des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.	Hemmnisse und <u>Entwicklungsbedarfe</u>
2/17	Gibt es noch weitere Dinge, die Sie verbessert haben möchten?			
2/17	Nein, also Frau Z. ist für mich ein absolutes Beispiel, wie es gut gemacht werden kann. Sie holt immer das Bestmögliche heraus. Ich bewundere sie ganz sehr für ihre menschliche und fachliche Kompetenz.	Therapeutenpersönlichkeit als gutes Beispiel für gute therapeutische Arbeit im Kinder- und Jugendbereich wegen menschlicher und fachlicher Kompetenz.	Therapeutenpersönlichkeit	Potenzial des therapeutischen Angebotes
2/18	Ja, denn die therapeutischen Bedarfe wachsen. Also sie wachsen und ich nehme auch wahr, dass man priorisiert. Es ist schade, dass wir	Therapeutische Bedarfe wachsen und präventives Arbeiten wird immer	Anstieg therapeutischer Bedarfe	Hemmnisse und <u>Entwicklungsbedarfe</u>

	<p>überhaupt priorisieren müssen und nicht jeden Fall gut aufgreifen können und vielleicht auch präventiv arbeiten können, damit dieser therapeutische Bedarf gar nicht erst entsteht. Weil (...) Schwerpunkt Elternarbeit, der natürlich konzeptionell verankert ist bei jedem Träger, in jeder WG.....Fachkräftemangel besteht eben überall.....und das ist ein ganz großes Thema auch beim KJF. Um Rückführung zu ermöglichen ist natürlich sehr intensive Zusammenarbeit, alltägliche Zusammenarbeit mit allen Beteiligten erforderlich. Und das können, das ist leider Fakt, wenige Fachkräfte in der Wohngruppe leider nicht ermöglichen.</p>	<p>weniger möglich. Negative Entwicklungen in der Helfelandschaft: Fachkräftemangel. Der führt dazu, dass wenig Raum für Eltern- und BZP-Arbeit bleibt und Rückführungen gefährdet werden.</p>	<p>Bedeutung von Bezugspersonenarbeit auf die Rückführung</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	--

Nr./Frage	Aussage	Paraphrase	Subkategorie	Hauptkategorie
3/1	In welcher Rolle wirken Sie denn in diesem Konzept mit?			
3/1	<p>Na prinzipiell eher koordinierend, weniger fachlich agierend. Es sind natürlich die Inhalte entscheidend, die zurückgespiegelt werden, ob da ein Handlungsbedarf von uns gesehen wird. Es kann ja auch sein, dass eine Einrichtung nicht die geeignete ist und sagt, es braucht etwas anderes. Dann werden wir natürlich auch aktiver. Aber ansonsten ist es eher eine Kooperation im Sinne von: Wir bringen das Kind auf den Weg, den wir uns wünschen für das Kind mit dem Kind und versuchen, die Eltern da mit ins Boot zu holen. Sofern das auch gewünscht ist. Es gibt ja auch Fälle, wo wir von Vornherein wissen, Eltern werden keine Rolle spielen, sind eher nicht förderlich für das Kind oder deren Entwicklungen. Genau, aber im</p>	<p>ASD als koordinierend und weniger fachlich agierend. Abstimmung der Bedarfe und der Hilfeform unter Einbezug der Bezugspersonen. Ziel: familiäres Zusammenleben ermöglichen.</p>	<p>Rollenverständnis im Hilfeverlauf Einbezug der BZP/Eltern Rückführung als Gesamthilfeziel</p>	<p>Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess</p>

	Großen und Ganzen ist es das Ziel, dass familiäres Zusammenleben gelingen kann.			
3/1	Also die Rückführung des Kindes ist prinzipiell eigentlich das Ziel?			
3/1	Ist es immer. Ja, genau. Sofern Eltern auch in der Lage sind, oder befähigt werden können. Also es gibt ja auch wirklich welche (...), bestes Beispiel sind ausländisch stämmige Kinder und Jugendliche. Da geht es natürlich schlecht, wenn die Eltern im Ausland sind oder verstorben. Aber im Großen und Ganzen wird es schon angestrebt.	Rückführung ist immer das Ziel bei stationärer Unterbringung. Hemmnisse: Eltern oder Familie der jungen Menschen nicht in Deutschland vorhanden.	Rückführungs gedanke Hemmnisse für die Rückführung	Hemmnisse und Entwicklungsbedarfe
3/2	Welche Kinder haben denn Zugang zu diesem therapeutischen Angebot des Heimverbundes des KJF e.V.?			
3/2	Kinder und Jugendliche, die im Heimverbund des KJF untergebracht sind. Ansonsten leider keine anderen. Wochengruppe zählt natürlich auch dazu und ist ja auch ein Teil davon. Genau (...) und in der Regel ist es ja dann auch leider beendet, wenn die stationäre Hilfe beendet ist. Also was es dann teilweise auch schwer macht.	Zielgruppe: Kinder und Jugendliche ausschließlich aus stationären Hilfen des KJF e.V. (WG, Wochengruppe) Therapie wird bei Auszug aus WG nicht mehr finanziert und endet.	Zielgruppe des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. Nachteil/ Potenzial des therapeutischen Angebotes	Hemmnisse und Entwicklungsbedarfe
3/3	Ist das auch an das Alter gebunden, oder ist es ausschließlich an den Verbleib der Kinder in diesen Wohngruppen gekoppelt?			
3/3	Ja, altersspezifisch muss man gucken, wie der Entwicklungsstand ist. Nicht jeder ist ja in der Lage, therapeutisch zu arbeiten. Ich finde, das Minimum sollte schon Grundschulalter sein, um da einfach auch sprachlich das ermöglichen zu können. Da unsere Kinder ja in der Regel mit Defiziten in den Einrichtungen landen, ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass es (Therapie) schon ab dem 6.	Kognitiver (sprachlicher) Entwicklungsstand als grundlegende Bedingung zur Inanspruchnahme des therapeutischen Angebotes. Einfluss haben auch Vorthematik, Charakter des	Alter der Zielgruppe (Kognition, Sprache)	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe

	<p>Lebensjahr stattfindet. Oft brauchen die Kinder auch erstmal eine Ankommensphase. Da muss man gucken, wie die Vorgeschichte war, ob man diese Ankommensphase schon mit einer therapeutischen Begleitung unterstützt. oder ob die wirklich erstmal dieses neue Umfeld kennenlernen müssen und nicht noch mehr Einflüsse brauchen. Das hängt auch immer vom Charakter des Kindes und der Vorthermatik ab.</p>	<p>Kindes und Abwägung einer therapeutischen Begleitung in der Ankommensphase des Kindes in der WG.</p> <p>Kinder landen i.d.R. mit Defiziten in der WG.</p>	<p>Lebenslagen/ Besonderheiten der Pat.</p>	
3/4	<p>Okay. Wie funktioniert denn die Hilfeanbahnung und wie wird denn dieses therapeutische Angebot finanziert?</p>			
3/4	<p>Also in der Regel weisen wir Eltern oder Vormünder darauf hin, wenn die Kinder in Einrichtungen vom KJF kommen, dass es die Möglichkeit gibt. Dass wenn der Bedarf steht, vorrangig die Sorgeberechtigten zu agieren haben. Ähm (...) entweder auf Hinweis von mir, der WG oder anderen niedergelassenen Therapeuten. Und dann sollten die Eltern oder der Vormund den Erstkontakt suchen, weil ja die Bewilligung durch den Sorgeberechtigten da sein muss, dass die Behandlung stattfinden darf. In der Regel ist es so, dass der Kontakt selbst dann auch durch die Ansprache der WG`s hergestellt wird, weil die einen besseren Einblick haben, wie auch der Tagesablauf der Kinder und Jugendlichen ist. Dass man dann konkret vorschlagen kann, Mittwochnachmittag klappt gut, da ist noch nichts. Oder ein kurzer Schultag, da ist die Konzentration noch ein bisschen höher. Und da ja auch teilweise die Therapeutin in Fallberatungen vom Träger in den</p>	<p>ASD informiert Eltern und/oder Vormund bei Aufnahme in WG des KJF e.V. über Möglichkeit des therapeutischen Angebotes.</p> <p>Prüfung des therapeutischen Bedarfs.</p> <p>Bei Bedarf suchen dann Eltern oder Vormund oder oft auch in Absprache mit Sorgeberechtigten die Mitarbeiter der WG den Erstkontakt zur Therapeutin.</p> <p>Abstimmung des Therapietermins erfolgt zwischen WG und Therapeutin.</p> <p>Abklärung eines</p>	<p>Prozess der Hilfeanbahnung</p> <p>Austausch zwischen WG und Therapeutin</p> <p>Netzwerkarbeit/ Austausch (Teilnahme an Fallberatung)</p>	<p>Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team</p>

	Einrichtungen mit drin sitzt, macht das natürlich Sinn, da auch anonym schon einmal zu gucken, könnte dort etwas bewirkt werden mit ambulanter Begleitung durch die Therapeutin oder eben nicht? Da gibt es ja auch Unterschiede. Und so ist in der Regel die Anbahnung.	therapeutischen Bedarfs erfolgt auch manchmal in anonymisierter Weise in Fallberatungen.		
3/5	Wie schnell kann denn so eine Therapie starten? Und wie schnell können dadurch auch dringende Bedarfe abgedeckt werden?			
3/5	Das ist, denke ich, sehr unterschiedlich. Also ich sage mal, in Akutsituationen habe ich die Wahrnehmung, dass da schnell agiert wird von der Therapeutin. das heißt auch nicht zwingend, dass es dann eine dauerhafte Begleitung bleibt. Es kommt auch darauf an, ob die Kinder woanders schon angebunden sind. Die sind natürlich dann erstmal nachrangig zu betrachten zu Kindern und Jugendlichen, die eben noch keinen Ansprechpartner haben. Ähm (...) oft finden dann auch Übergänge statt von ehemaligen Therapeuten zu neuen, wo die Kinder auch von außerhalb in Einrichtungen hier bei uns in Chemnitz kommen. Dann braucht es natürlich auch eine Überleitung und eine Vertrauensarbeit natürlich auch. Nicht jedes Kind lässt sich darauf ein. das kennen Sie sicher auch ganz sehr gut (lachen)?! Ähm (...) wo man einfach gucken muss. Es hängt an Kapazitäten natürlich auch, wie die Therapeutin Zeit und Plätze hat. Aber vorrangig muss man gut gucken, wann das Kind bereit ist, sich darauf gut einzulassen, sofern sich alle einig sind, dass es das auch braucht.	Unterschiedlich- In Akutsituationen interveniert die Therapeutin unmittelbar/ schnell. Kinder, die bereits bei ambulanten Therapeuten angebunden sind, werden auch durch diese weiterbehandelt oder es finden Übergaben durch die ambulanten Therapeuten an die Therapeutin des Heimverbundes statt. Kapazitäten der Therapeutin müssen vorhanden sein. Kind muss sich auf therapeutisches Angebot einlassen, Sorgeberechtigte und Eltern müssen zustimmen.	Therapiebeginn/ Hilfebeginn Priorisierung/ Übergaben Bedingung zur Nutzung des therapeutischen Angebotes	Potenziale des therapeutischen Angebotes
3/6	Haben Sie den Vergleich von ambulanten Wartezeiten für			

	ambulante Psychotherapie und den Wartezeiten für das therapeutische Angebot des KJF?			
3/6	Also das kann ich jetzt natürlich nur für Chemnitz sagen. Bei uns sind Wartezeiten bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten massivst. Teilweise bis zu einem Jahr, bis da mal ein Ersttermin stattfindet. Je nachdem ob man da auch was Spezifisches will, sodass es dort (KJF) natürlich schon schneller geht. Aber es ist natürlich nicht so, dass man sagt, dass das Kind in die Einrichtung kommt und am Dienstag ist der erste Termin. So ist es natürlich auch nicht, soll es auch nicht sein. Aber es sind verkürztere Wartezeiten im Verhältnis zu Niedergelassenen, das auf jeden Fall.	Lange Wartezeiten bei ambulanten Therapeuten in Chemnitz bis zu einem Jahr zum Ersttermin. Vorteil beim KJF e.V.: Verkürzte Wartezeiten im Gegensatz zu niedergelassenen Therapeuten	Wartezeiten Vergleich von ambulanter Therapie und Therapie des KJF e.V.	Potenziale des therapeutischen Angebotes Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
3/7	Woran orientiert sich denn die Dauer der therapeutischen Hilfe?			
3/7	Immer am Bedarf! So sollte es ja bei jeder Hilfeform sein- egal ob pädagogisch oder therapeutisch. Ein Stück weit natürlich auch an der Mitwirkungsbereitschaft- sowohl des Kindes, des Jugendlichen, als auch des Umfeldes. Das beinhaltet natürlich auch WG, natürlich auch ASD, da nehmen wir uns nicht raus, und natürlich ganz wichtig die Eltern bzw. Sorgeberechtigten vom Kind, die dort auch eine Rolle spielen. Oder Andere auch dem familiären Umfeld, die da ein Thema sein sollten in der Beratung. letztendlich schätzt die Therapeutin ein, wann ein Therapieerfolg zu verzeichnen ist oder vielleicht auch heruntergeschraubt werden kann vom Umfang her. Ähm (...) aber vorrangig liegt es an der Beteiligung der Betroffenen, sonst funktioniert es nicht.	Pädagogische und therapeutische Helfedauer orientiert sich am Bedarf. Mitwirkungsbereitschaft und Beteiligung des jungen Menschen und seines Umfeldes (Familie, WG, ASD, Eltern bzw. Sorgeberechtigter) beeinflussen die Helfedauer entscheidend. Entstehung psychischer Erkrankungen im Kontext. Therapeutin schätzt Therapieerfolg und Abstimmung des	Einflussfaktoren auf die Helfedauer Entstehung psychischer Erkrankung im Kontext Rolle/ Aufgaben der Therapeutin	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess Rollenverständnis und Aufgabenver

		Umfangs der therapeutischen Hilfe ein.		teilung im multiprofessionellen Team
3/8	Was denken Sie, wie wirkt sich denn die Therapie auf die Dauer der gesamten Hilfe aus?			
3/8	<p>Ich denke, das ist auch entscheidend von der Problemlage. Es gibt ja so kleinere Pubertätsprobleme: Wer bin ich? Wo bin ich? Warum bin ich?. Und dann gibt es natürlich auch tiefgreifendere Lebensprobleme, die da vielleicht auch tiefgreifende Bedarfe aufzeigen und auch längerfristige Bearbeitung benötigen. <u>Wo ich denke, das ist einfach auch flexibel zu betrachten. Also wir haben in der Regel auch Kinder, die traumatische Erlebnisse haben, vielleicht auch viele Bindungsabbrüche hatten, die dann auch einfach auch eine lange Zeit Begleitung brauchen, um überhaupt ins Vertrauen zu kommen, ehe sie überhaupt in den therapeutischen Prozess kommen.</u> Das kann man nicht konkret sagen. Genau.</p>	<p>Therapeutischer Bedarf wird flexibel und auf spezifische Problem- und Lebenslage des jungen Menschen abgestimmt.</p> <p>Kinder mit traumatischen Erlebnissen, viele Bindungsabbrüche, wenig Vertrauen in Mitmenschen.</p>	<p>Abstimmung des therapeutischen Bedarfs</p> <p>Komplexe Lebens- und Problemlagen</p>	<p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>
3/8	Aber denken Sie, dass sich die Therapie positiv auf den gesamten Hilfeverlauf des Kindes/ des Jugendlichen auswirkt?			
3/8	<p>Wenn es angenommen wird von allen, dann ja. Wenn es jetzt nur vom Kind angenommen wird, dann ist das in der Regel natürlich stabilisierend für das Kind, um sich da besser abzugrenzen, vielleicht auch von äußeren Wahrnehmungen zum WG-Status. Aber ich denke, die größte Erfolgsquote besteht, wenn wirklich auch alle mitziehen. Auch eine Erkenntnis, dass es nicht nur das Kind ist, was sich ändern muss. Sondern dass auch</p>	<p>Therapeutisches Angebot hat positiven, stabilisierenden Effekt auf den Hilfeverlauf, wenn Mitwirkung aller Beteiligten vorhanden ist. Nicht nur vom Kind.</p>	<p>Einfluss der Therapie auf Gesamthilfeverlauf</p> <p>Bedingungen für Erfolg des Hilfeverlaufs</p> <p>Einbezug des</p>	<p>Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure</p>

	pädagogisch und therapeutisch das Umfeld mitbeteiligt wird.		Umfeldes in Therapie	
3/9	Was unterstützt denn Sie als Fachkraft, eine gute Abstimmung zwischen den Hilfezielen und den Ressourcen des Kindes und des Jugendlichen zu finden?			
3/9	Also schon Hinweise zu geben, was möglich ist. Man kennt ja oft die Familiensystem besser als die Therapeutin, dass man da im Vorfeld schon Hinweise gibt, was da auch an Hilfe schon gelaufen ist mit welchem Ergebnissen und welche Problemlagen da offen gemacht worden. Das tut man im Vorfeld in der Regel mitteilen-entweder in der WG über den Sozialbericht von uns, wo das in der Regel drin steht. Was natürlich mit der Zustimmung der Personensorgeberechtigten der Therapeutin bereitgestellt werden kann. Ähm (...) In der Regel ist es auch so, dass ich die Kollegin (Therapeutin) immer mit einlade zu Fachgesprächen und Hilfeplangesprächen, wenn welche stattfinden. Dass man dort gemeinsam mit der Familie und dem Jugendlichen bespricht: Wer hat welchen Part zu erledigen? In welchem Umfang? Wie kann das gestaltet werden?. Das macht man schon in der Regel gemeinsam. das ist manchmal mit der Terminfindung schwierig, aber ist auch okay. Wo ich denke, was sehr hilfreich ist, die Transparenz den Eltern gegenüber darzustellen, um zu sagen: Wir tauschen uns aus, nicht über die Details, was die Jugendliche im Termin bei der Frau Z. benennt, aber wir haben einen groben Überblick, was Thema ist. Und das wird angesprochen. Und dort haben wir quasi auch den Part, um mal auf den Tisch zu	Austausch mit Therapeutin wird als wichtig erachtet, um bisherigen Fallverlauf und Problemlagen transparent zu besprechen. Diese werden in Sozialbericht beschrieben oder es erfolgt ein Austausch zwischen WG und Therapeutin. <u>Austausch zwischen Fachkräften kann immer nur unter Einverständnis der Personensorgeberechtigten erfolgen.</u> Therapeutin wird vom ASD zu Fachgesprächen und HPG immer eingeladen In HPG erfolgt eine transparente Aufgabenteilung und Zielklärung mit allen Beteiligten. Transparenz gegenüber den	Einflussfaktoren zur Abstimmung zwischen Hilfezielen und Ressourcen Austausch zwischen Fachkräften Teilnahme an Fachgespräche und HPG Rollenverständnis und Aufgabenteilung Hilfeplan Hilfeplangespräch	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess Rollenverständnis und Aufgabenteilungen im multiprofessionellen Team

	<p>hauen und zu sagen: "Mutti XY, wenn Sie so weitermachen, dann wird alles so nicht funktionieren!". Dass man dort eher so einwirkt und die therapeutischen Ziele unterstützt und begleitet. Weniger natürlich therapeutisch, sondern pädagogisch und der Rolle entsprechend. Das sind so unsere Parts.</p>	<p>Eltern wird als wichtiger Einflussfaktor für den Erfolg der Hilfe gesehen.</p> <p>Kein Austausch im HPG über konkrete Therapieinhalte, um therapeutisches Vertrauensverhältnis nicht zu gefährden. Nur Austausch über grobe Therapieziele und Themen.</p> <p>ASD als Kontrollinstanz und Koordination.</p>	<p>Rollenverständnis des ASD</p>	
3/9	<p>Also Sie haben guten Einblick in die therapeutischen Ziele, die dort festgesteckt werden?</p>			
3/9	<p>Zumindest in Ansätzen, was die Themen anbelangt. Sei es das Thema: eigene Grenzen zu erleben, Ablösung von Meinung/ Äußerungen anderer, solche Geschichten. Nicht konkret von wem und in welcher Form, aber in der Regel bin ich da in meinen Fällen schon eingebunden. Kommt vielleicht auch darauf an, wer es ist.</p>	<p>Grober Einblick in Therapiethemen wird als hilfreich erachtet.</p>	<p>Netzwerkarbeit/ Austausch/ multiprofessionelle Arbeit</p>	<p>Potenziale des therapeutischen Angebotes</p>
3/10	<p>In welchen Lebenslagen befinden sich denn die Kinder und Jugendlichen und deren Familien, die dieses therapeutische Angebot in Anspruch nehmen?</p>			
3/10	<p>Na ja zumindest in solchen, dass ein Verbleib im elterlichen Haushalt für eine gewisse Zeit nicht denkbar ist. Sei es auf Wunsch der Kinder und Jugendlichen, der Eltern oder auch manchmal in Bezug auf Erlebnisse, wo wir sagen, es geht nicht mehr. Da ist nicht immer eine Freiwilligkeit gegeben.</p>	<p>Komplexe, diverse Problemlagen der Kinder und Familien, die therapeutisches Angebot in Anspruch nehmen, bis hin zur unfreiwilligen Herausnahme der Kinder auch wegen</p>	<p>Komplexe Lebens- und Problemlagen der Patienten und deren Familien</p>	<p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>

		KWG.		
3/10	<p>Genau, richtig. das ist so ein Hintergrund (KWG). Die Problemlagen selbst sind natürlich divers. Bei dem Einen ist das die Vermüllungstendenz, wo dann die Mutti nach einem halben Jahr wieder in der Lage ist, sich um das Kind zu kümmern. Wo man das Kind bestärkt darin, du hast mit dem Thema der Mama nichts zu tun. Wo therapeutisch da gut gearbeitet werden kann. Dann haben wir natürlich auch andere Fälle, wo eine Rückführung ausgeschlossen ist aufgrund Übergriffigkeit der Eltern. Wo auch klar ist, da ist kein Verständnis dafür da, dass es falsch war. Wo man da einfach auch das Kind stärken muss, dass nicht das Kind das Problem war in dieser Situation, sondern die Eltern. Aber wir haben auch ganz einfache Beziehungsprobleme im Rahmen der Entwicklung, wo dann Überforderungstendenzen entstehen, wo eine vorübergehende Auszeit benötigt wird....so einfach, wie das auch klingt....um da auch Druck heraus zu nehmen. Viele Geschwisterkinder da auch eine Rolle spielen, wo dann Überforderungstendenzen entstehen, auch bei der Jugendlichen, die sich dann darum kümmern muss, oder bei der Mutter, weil es zu viele sind. In der Regel haben wir oft Drogen, Alkohol und psychische Erkrankungen, die auch oft ein Thema sind. Also es ist sehr vielseitig und fallspezifisch.</p>	<p>Konkrete Problemlagen: Vermüllungstendenzen, Übergriffigkeit der Eltern am Kind, Überforderungstendenzen, Beziehungsprobleme, Parentifizierungstendenzen bei vielen Geschwisterkindern, übermäßiger Drogen- und Alkoholkonsum der Eltern, psychische Störungen der Eltern.</p>	<p>Komplexe Lebens- und Problemlagen der Patienten und deren Familien</p>	<p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>
3/11	<p>Das bedeutet, wenn ich das richtig verstanden habe, dass bei kurzen Aufenthalten der Kinder in Wohngruppen und wenn diese</p>	<p>Therapieabbrüche bei Beendigung des stationären Aufenthaltes in der</p>	<p>Nachteil/ Potenzial des therapeutischen</p>	<p>Hemmnisse und Entwicklungsbedarfe</p>

	dann das therapeutische Angebot nutzen, dann ist auch das therapeutische Angebot nur von kurzer Dauer.	WG.	Angebotes	
3/11	Genau. Weil es ja an die Unterbringung gebunden ist. Eine ambulante Weiterbegleitung ist ja in der Regel nicht möglich bei der gleichen Therapeutin.	Ambulante Weiterbetreuung der jungen Menschen als noch nicht ausgeschöpftes Potenzial.	Entwicklungsbedarf	Hemmnisse und <u>Entwicklungsbedarfe</u>
3/11	Was würden Sie sich denn dafür wünschen? Da möchte ich gern anknüpfen an dem Punkt.			
3/11	Also wünschen würde ich mir, wenn eine enge Beziehung entstanden ist.....bei einem halben Jahr passiert das vielleicht nicht unbedingt. Aber wir haben auch Kinder, die nach drei Jahren wieder woanders hinentlassen werden, die aber sagen: "Ich würde gern weiterhin zur Therapeutin gehen."..... und wenn es einmal im Monat ist. Dass dann so etwas ermöglicht wird mit dem Hintergrundwissen, dass das fachlich und zeitlich nicht machbar ist, aber das wäre schön für solche Kinder und Jugendlichen. Weil wenn man nicht von vornherein weiß, dass es keine Hilfe auf Dauer ist, dann wieder ein Bindungsabbruch verursacht wird. Was ja oft die Kinder und Jugendlichen, die in solchen Einrichtungen leben, eigentlich nicht brauchen. Und wenn jetzt Verhalten in einer Einrichtung nicht funktioniert und man sagt: "Chemnitz ist nicht mehr der Punkt, wo du leben solltest! Sondern in einer Einrichtung in Flöha.", dann ist ja der Weg trotzdem realisierbar, mit den öffentlichen Verkehrsmitteln nach Chemnitz zu fahren. Und dann könnte man es aufrechterhalten, um nicht viele Bindungsabbrüche	<u>Nachbetreuung der Kinder</u> , die das therapeutische Angebot lange genutzt haben und wo eine Arbeitsbeziehung entstanden ist, wird gewünscht auch nach Entlassung des Kindes aus der WG. Gerade dann ist Stabilisierung oft nötig. Und Übergaben an ambulante Therapeuten sind meist nicht zeitnah möglich. Plötzliche Bindungsabbrüche sollen vermieden werden.	Potenzial des therapeutischen Angebotes in der therapeutischen Nachbetreuung der jungen Menschen	Hemmnisse und <u>Entwicklungsbedarfe</u>

	mit einmal zu haben. Weil das Thema Therapie vielleicht nicht das Problem war, sondern eben WG. Was es dann aus meiner Sicht ein bisschen schade macht. Und dass ja dann oft diese Überleitung zeitnah zu einem niedergelassenen Therapeuten nicht funktionieren kann. Das muss man leider so sagen. Das ist ein bisschen schade.			
3/12	Was denken Sie, wie komplex gestalten sich die Hilfebedarfe dieser Kinder und Jugendlichen und deren Bezugspersonen? Nicht nur deren Lebenslagen, sondern auch deren Hilfebedarfe (erklärend).			
3/12	Die sind immens. Weil oft diese Problemlagen des Alltages, warum Hilfen ja laufen, oft durch eigene biografische Erfahrungen der Eltern geprägt wurden. Dort oft auch therapeutische Bedarfe bestehen- suchttherapeutisch, oder auch psychologisch im Sinne von tiefen- oder verhaltenstherapeutisch. Weil dort eigentlich die Ursachen liegen. Wir basteln dann am Kind herum, das dort vielleicht eine Abgrenzung erfolgt und nicht das nächste Geleier losgeht, aber die Hauptursache ja meist im Elternhaus und in deren Biografien liegt. Das kann natürlich die Therapeutin der WG's nicht alleine absichern. Da muss auch eine Bereitschaft sein, dass die Eltern dort tiefer an sich arbeiten wollen/ können/ sollen. Diese Bereitschaft haben wir oft nicht. Wir haben oft Eltern, die ihre eigene Bedarfslage nicht so gut erkennen können. Oder diese, wenn sie darauf hingewiesen werden, nicht gut annehmen können, um es mal nett zu umschreiben. Und dort auch sehr übertragend agieren auf	Immense Komplexität der Lebenslagen der jungen Menschen werden beeinflusst durch therapeutische Bedarfe der Eltern. Hauptursache zur Entstehung der psychischen Auffälligkeiten der jungen Menschen ist meist im Kontext Familie zu betrachten. Bereitschaft der Eltern zur eigenen, therapeutischen Anbindung wäre förderlich für den Hilfeverlauf, da Therapeutin in der Begleitung der BZP begrenzt ist. Bereitschaft der Eltern ist oft nicht da	Komplexität der Lebenslagen und Hilfebedarfe Grenzen der therapeutischen Arbeit mit BZP	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien in der Jugendhilfe Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess (Hemmnisse)

	andere Beteiligte, um dort Böses von sich abzuwenden- Unfähigkeiten zu verschleiern. Und das ist auch der gesellschaftliche Druck, der auf Eltern lastet, sei es Schule, Kita, Hort, aber auch familiäres Umfeld...wenn die Oma sagt: "Du hast dein Kind weggegeben. Du bist eine schlechte Mutter.". Das macht ja auch was mit Eltern. Das sind so Hintergründe, die es auch gilt, zu bearbeiten. Die aber in der Regel in diesem Kontext nicht bearbeitet werden können.	wegen Scham und Abwehr des gesellschaftlichen Drucks auf das Eltern-Dasein.	Elternarbeit Eigene Therapieanbindung der Eltern	
3/12	Welchen Einfluss hat das dann auf die Rückführung des Kindes?			
3/12	Kommt darauf an, wie stabil das Kind auch ist, welche tangierenden Unterstützungssysteme bis dahin aufgebaut worden für das Familiensystem insgesamt. <u>Man kann ja auch mit niederschweligen Familienhilfen arbeiten zum Beispiel. Dass man da auch gut dranbleibt, das Kind zu stabilisieren. Und die Übergänge von WG in den Haushalt mit neuem Alltag und neuem Umfeld wieder neu zu strukturieren. Das geht!</u> Die Grundproblematik wird in der Regel wieder aufploppen. Das ist einfach so, früher oder später. Da sind wir alle einfach zu wenig dran und dauerhaft drin. Gerade wenn die Freiwilligkeit da ist und die Mutter sagt: "Ich will die Hilfe nicht mehr.". Dann ist es halt leider so.	Einfluss auf die Rückführung des Kindes nehmen: Stabilität des Kindes, Grad des aufgebauten Unterstützersystems für die Familie (z.B. ambulante Nachbetreuung durch Familienhilfe), Bereitschaft der Eltern zur Mitwirkung und Änderungsmotivation	Einflussfaktoren auf die Rückführung	
3/13	Welche Bedeutung bemessen Sie denn dieser Eltern- und Bezugspersonenarbeit im Kontext des therapeutischen Angebotes bei			
3/13	Aus fachlicher Sicht finde ich es immens wichtig, um die Eltern dort gut mitzunehmen, denen dort auch die Wichtigkeit der Eltern als Person aufzuzeigen. Dass die eben	<u>Verantwortung der Eltern liegt trotz Unterbringung der Kinder und Jugendlichen in den</u>	Bedeutung der Eltern- und BZP-Arbeit	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den

	<p>nicht außen vor sind, weil das Kind jetzt fremd untergebracht ist, sondern dass die trotzdem noch Dreh- und Angelpunkt des Kindes und seines sein sollten. Da aber auch persönliche oder strukturelle Rahmenbedingungen angepasst werden müssen. Ähm (...) das empfinde ich als sehr, sehr wichtig. Gleichmaßen ist das für Kinder und Jugendliche ziemlich schwer hinzunehmen....das ist so der Zwiespalt, den ich habe....wenn die Wissen, ich rede jede Woche mit Frau Z., meine Eltern aber genauso. Dort dieses Vertrauensverhältnis dem Kind zu verdeutlichen, dass es keine Sorge haben muss, dass dort intimere Geschichten an die Eltern dringen, das stelle ich mir unheimlich schwer vor. Ich könnte mir auch bei angespannten Familienbeziehungen vorstellen, dass ein Kind dann auch in der Therapie nicht sehr offen agiert. Wenn es weiß, auch die Eltern haben dort Anspruch, Gespräche zu führen. Wenn dort ein guter Ansatz schon geschaffen ist, dann gibt es aber auch einen Ansatz, gemeinsam therapeutisch zu arbeiten- Kind, Mutter, Vater. Wo man dort interaktionstechnisch nochmal mehr bewirken kann, als wenn das nur eine Einzelthematik wäre. Wie gesagt, ich erachte es als sehr schön und wichtig, aber das Vertrauensthema ist oft eine Bremse für die eigentliche Arbeit am Kind/ am Jugendlichen.</p>	<p><u>WG bei ihnen.</u> Diese sind dazu angehalten, persönliche oder strukturelle Rahmenbedingungen anzupassen für eine Rückführung.</p> <p>Hohe Herausforderung an die Therapeutin, eine intensive und gute Elternarbeit zu leisten und das Vertrauensverhältnis zum Kind und Jugendlichen nicht zu belasten.</p> <p>In angespannten Familienbeziehungen könnte Offenheit des Kindes in der Therapie verloren gehen.</p> <p>Durch gemeinsame therapeutische Arbeit mit Kind und Familie kann mehr erreicht werden.</p>	<p>Herausforderung an die Therapeutin</p> <p>Spannungsfeld und gleichzeitig Chance des Angebotes</p>	<p>Hilfeprozess</p> <p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>
3/13	<p>Zumindest wenn es dort ein angespanntes Thema gibt. Also angespanntes Beziehungsverhältnis oder eine Übergriffigkeit in irgendeiner Form, dass dort Täter-Opfer-Thematik besteht. das erachte ich es als schwierig. Da würde ich es dann</p>	<p>Anbindung der Eltern an eine ambulante Therapie bei Täter-Opfer-Thematik und Übergriffigkeiten zum Schutz des jungen Menschen.</p>	<p>Grenzen der BZP-Arbeit/ Hemmnisse</p>	<p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der</p>

	eher als sinnvoll erachten, dass die Eltern woanders hingehen.			Jugendhilfe
3/14	Was bedeutet für Sie Netzwerkarbeit?			
3/14	Prinzipiell im Rahmen einer Hilfe vorrangig die Gewährung der Fachkräfte. <u>Im Rahmen des Hilfeplans brauchen wir die Eltern ganz sehr.</u> Das ist ja auch ein großer Part, den wir (ASD) zu leisten haben. Sicherlich grade nicht so gut möglich (durch die personelle Situation im Jugendamt). Punktuelle, sofern sich da die Sorgeberechtigten, neue Lebenspartner, Stiefgeschwister, Halbgeschwister darauf einlassen können, wenn die eine Rolle für das Kind/ den Jugendlichen spielen, auch weitere familienverwandtschaftliche Verhältnisse spielen eine Rolle. Dort sind uns oft die Hände gebunden, wenn keine Schweigepflichtsentbindungen vorliegen. Wir würden gern mit viel mehr Menschen agieren, wenn wir es denn dürften, weil wir es ja ohne Zustimmung der Sorgeberechtigten nicht machen dürfen. Das bremst immer ein bisschen aus. In der Regel auch mit Schule und Hort im Vorfeld, denn wenn dann die Kinder oder Jugendlichen in Einrichtungen sind, oft das dort übergeben wird und der therapeutische Bedarf, Freizeitangebote, dass das gesucht wird.	Gewährung von Fachkräften für das Familiensystem gehört zur Netzwerkarbeit, Einbezug der Eltern oder anderer Verwandter bei Bedarf. Grundlage zur Netzwerkarbeit ist die Entbindung der Schweigepflicht durch die Sorgeberechtigten. Zusammenarbeit mit Einrichtungen, die die Kinder besuchen (Hort, Schule). In Netzwerken werden Aufgaben verteilt und auch weitergegeben an WG (z.B. Anbindung an Therapie und Freizeitangebote).	Verständnis von Netzwerkarbeit Bedingung zur Netzwerkarbeit <u>(Schweigepflicht)</u>	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess Qualitätssicherung und Evaluation Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
3/14	Was sind denn für Sie entscheidende Aspekte in der Netzwerkarbeit?			
3/14	Erst einmal ein offener und transparenter Austausch. Es bringt mir nichts, dass der Bericht, den die Eltern lesen, immer schön aussieht und alles läuft gut. Und dann telefoniert man und es ist	Entscheidende Aspekte der Netzwerkarbeit: <u>Offener, transparenter</u>	Verständnis von Netzwerkarbeit	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller

	<p>nicht offiziell und eigentlich ist vieles schlecht, das ist dann sehr ungünstig. Das passiert in der Regel nicht sehr oft. Aber es gibt Fachkräfte, die sind nicht sehr klar, auch den Eltern gegenüber nicht. Das sind Themen die mir sehr wichtig wären. Wichtig ist auch, dass alle bereit sind, dass der Austausch stattfindet, weil ich es als sehr ungünstig erachte, wenn Eltern vor allem das Gefühl bekommen, dass die schlecht gemacht werden. Eltern sagen ja nicht ohne Grund: "Nein, ich möchte nicht, dass der Austausch mit der Schule stattfindet.". Weil sie vielleicht für sich schon erkannt haben, dass da die Elternrolle eine schwierige Rolle spielt. Und ich denke, da dürfen wir als Amt oder als Privatpersonen uns nicht herausnehmen, Vertrauensbrüche zu machen. Gleiches gilt aber auch für Eltern und Fachkräfte, dass sich dort alle dranhalten. Wenn sie sagen: "Wir sind offen. Wenn Sie es selbst als Eltern nicht zulassen, dann machen wir es auch nicht, aber wir sehen da den Bedarf, es zu tun.". Man kann ja dann die Eltern schicken und sagen: "Klären Sie es bitte mit der Schule. Wir werden es dann merken, wenn Sie es gemacht haben.". Das wir da die Eltern mehr in die Verantwortung nimmt. Vom Grunde her ist im Netzwerk wirklich wichtig, dass wirklich eine Offenheit zur Zusammenarbeit besteht. Es bringt mir nichts, dass alle nur wegen des Hilfeplans am Tisch sitzen und dann jeder den anderen anschaut und sich freut, dass er ihn wieder gesehen hat. <u>Es sollte schon so sein, dass man an einer Ebene auf gemeinsame Lösungen schaut und dort auch gut strukturiert, wer</u></p>	<p><u>Austausch- d.h. Klarheit der Fachkräfte gegenüber den Eltern und anderen Fachkräften</u></p> <p>Wertschätzung der Eltern im Hilfeverlauf und Aufschließung der Eltern für Austausch mit z.B. den Schulen und anderen Stellen.</p> <p>Entbindung der Schweigepflicht durch Eltern gegenüber Schulen oft nicht da, da Eltern fürchten, in schlechtes Licht gerückt zu werden.</p> <p>Offenheit zur Zusammenarbeit und Aufgaben-/ Rollenverteilung</p>	<p>Austausch</p> <p>Schweigepflicht</p> <p>Aufgaben- und Rollenverteilung</p>	<p>Arbeit im Netzwerk</p> <p>Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess</p> <p><u>Hemmnisse und Entwicklungsbedarfe</u></p> <p>Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<u>wofür verantwortlich ist, wie Austausch stattfindet, um es auch für die Eltern und für die Jugendlichen/ Kinder klarer zu machen. Er ist wo mein Ansprechpartner? Wer hat welche Rolle in dem System? Ich denke, das ist so das Hauptthema in der Zusammenarbeit.</u> Und dass man sich da auch nicht gegenseitig behindert.	entscheidend im Netzwerk, damit man sich gegenseitig nicht behindert. Mitwirkungsbereitschaft und aktive Mitarbeit aller am Hilfeprozess Beteiligter.		multiprofessionellen Team
3/15	Wie genau läuft denn der Fachaustausch zwischen Ihnen als ASD, dem Träger KJF und der Therapeutin ab?			
3/15	Also mit dem Verein hat man natürlich weniger zu tun, also zumindest was die Spitze betrifft. In der Regel ist es schon so, dass sich die WG und/ oder die Therapeutin an uns wendet und sagt: " Das und das haben wir festgestellt. Wir brauchen hier ein größeres Gespräch, entweder mit oder ohne Eltern, je nach Thematik. ". Und dann sitzen wir in einer Runde zusammen und besprechen das und klären dort auch, was wir tun können und wie wir das organisieren können. <u>Wer klärt was mit wem ab.</u> Zum Beispiel: Die Therapeutin klärt das mit der Jugendlichen. Der ASD klärt das mit den Eltern und die WG gibt es an die Schule weiter. Dass es dort gerade brennt.	Gesprächsbedarfe werden durch die WG und/ oder Therapeutin an den ASD herangetragen. Je nach Thematik finden Fachgespräch ohne Eltern und Gespräche mit Eltern statt. Bei Fachgesprächen auch Klärung der Kommunikationswege, wer berichtet wem oder klärt etwas ab.	Gestaltung von Fachaustausch Austausch im Netzwerk	Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team
3/15	Also es gibt ein Fachgespräch, habe ich verstanden.		Fachgespräche	
3/15	Ja, richtig. In der Regel wird das dann schriftlich festgehalten und wird auch allen ausgehändigt. Dass das auch verpflichtend ist und eine Sicherheit, dass man sagen kann, dass das nicht mein Thema sondern die Aufgabe des ASD war. Man kann sich besser abgrenzen, wenn es verschriftlicht ist und man	Inhalte von Fachgesprächen werden dokumentiert und allen Beteiligten ausgehändigt, um klare Verantwortlichkeiten festzuhalten und	Fachgespräche und Dokumentation Informationsweitergaben und	Qualitätssicherung und Evaluation

	<p>kann es auch noch einmal nachlesen. Sind wir da dran? Haben wir es geschafft? Um es auch dann nochmal mit der Jugendlichen zu besprechen. "Wir haben es so und so geklärt. Das ist jetzt der Plan!" Es ist einfach auch eine Sicherheit für alle Beteiligten. <u>Und natürlich gibt es auch die Hilfepläne, wo dann immer die Eltern und Jugendlichen dabei sind.</u> Genau und bei Bedarf sind das auch kurze Telefonate. Es muss ja nicht immer die große Krise sein. Kann ja auch mal ein Erfolg mitgeteilt werden, wo man kein Fachgespräch braucht, sondern wo man sich einfach mal freut. Ja, das haben wir eigentlich zu selten (Lachen).</p>	<p>Inhalte mit dem jungen Menschen nach zu besprechen.</p> <p>Austausch in Hilfeplänen mit Eltern. Kurze Telefonate, auch zum Austausch von kleinen Erfolgen. Selten Austausch von Erfolgen.</p>	<p>Austausch</p> <p>Rückkopplung von Erfolgen in Netzwerk zur Motivation</p>	<p>Einbindung der jungen Menschen und Familien im Hilfeverlauf</p> <p><u>Entwicklungsbedarfe</u> und Hemmnisse</p>
3/16	<p>Sie hatten gerade angedeutet, wer alles an Hilfeplangesprächen teilnimmt. Sie hatten die Kindeseltern benannt, die Jugendlichen/Kinder selbst, Sie als Fachkraft. Wer ist noch dabei?</p>			
3/16	<p>Mitarbeiter aus der WG in der Regel, in der Regel die Frau Z. in meinem Falle. Ich lade sie immer mit ein in meinen Fällen. Wenn da ambulante Hilfen sind, die eine Rolle für die Jugendliche vor Ort spielen oder die wichtig sind für die Hilfeplanung, dann werden die auch noch eingeladen. Teilweise auch externe Partner wie Schule und Kita, wenn das auch eine Rolle spielt für die Thematik. Und das sind so die Hauptakteure. Nicht immer und ständig, aber das sind so die, die eingebunden werden. Der feste Bestandteil sind immer: Eltern, Jugendlicher/ Kind, WG-Mitarbeiter, ASD und Frau Z. (Therapeutin) in meinen Fällen. Alle anderen werden bei Bedarf hinzugezogen.</p>	<p>Fester Bestandteil sind: Eltern, Jugendlicher/ Kind, WG-Mitarbeiter, ASD und Frau Z. (Therapeutin)</p> <p>Bei Bedarf werden hinzugezogen: ambulante Helfer, externe Partner wie Schulen und Kitas</p>	<p>Teilnehmer des HPG</p>	
3/16	<p>Werden auch ambulante</p>			

	Therapeuten eingeladen, wenn ambulante Therapeuten im Fall sind?			
3/16	Ähm (...) in anderen Hilfen machen wir das durchaus, wenn dort ein Bedarf auch besteht und wenn dort eine Schweigepflichtsverbinding vorliegt (lachen). Wenn die Eltern und der Jugendliche sagen: "Ich will das nicht.", dann machen wir das natürlich nicht. Das ist dann entscheidend, dass es vorher abgestimmt ist mit den Betroffenen. Sofern natürlich auch Kapazitäten bei allen bestehen. Das ist immer die größte Herausforderung da mit allen Beteiligten einen Termin zu finden, den auch alle einrichten können.	Einladung ambulanter Therapeuten zum HPG bei Entbindung der Schweigepflicht der Sorgeberechtigten und Zustimmung der jungen Menschen. <u>Terminierung ist allgemein eine Herausforderung im Hilfeverlauf.</u>	Teilnahme ambulanter Therapeuten am HPG Herausforderungen im Hilfeverlauf	Hemmnisse, Spannungsfelder und Entwicklungsbedarfe
3/17	Ich habe auch verstanden, Sie tauschen sich auch mit der Therapeutin aus. Es gibt Telefonate, es gibt Mailkontakt, kürzere Gespräche, Fachgespräche persönlicher Art. Welche Bedeutung bemessen Sie denn dieser Kommunikation mit der Therapeutin bei?	Telefonate, Mails, kurze Gespräche, persönliche Fachgespräche	Austausch im Netzwerk	
3/17	Also für mich ist die Therapeutin im Prozess ähnlich wichtig wie Mitarbeiter der WG, die Jugendlichen selbst aber auch die Eltern. Weil wir ja gemeinsam versuchen, das Gleich zu erzielen. Und dann bringt es ja nichts, wenn jeder mit jedem jede Woche miteinander redet und die Therapeutin aber nur einmal im Jahr. Dann macht die vielleicht etwas, was völlig an dem vorbeigeht, wo wir gerade dran arbeiten, und deswegen erachte ich es als ungünstig, die Kommunikation mit ihr (Therapeutin) außen vor zu lassen. Oft ist es in meinen Fällen die Therapeutin, die auch den besten	Gleichrangige Wichtigkeit aller am Hilfeprozess Beteiligten für die ASD-Mitarbeiterin. Kommunikation muss angemessen angepasst werden je nach Bedarf. Therapeutin hatte erfahrungsgemäß besten Einblick in Gefühlswelten der	Bedeutung der Kommunikation mit der Therapeutin Angemessenheit des Austausches Bedeutung der Therapie im	Bedeutung und Ausgestaltung der multiprofessionellen Zusammenarbeit im Netzwerk

	<p>Einblick in die Gefühlswelt der Kinder oder Jugendlichen hatte...logischerweise. In der WG ist das, auch wenn eine Vertrauensbasis besteht, ein anderes Öffnen für Jugendliche im Einzelkontext. Weil dort ja auch eine andere Atmosphäre besteht, um über sich mehr nachzudenken als im Alltag, wo um einen herum vieles andere mit herumwuselt. Wo ich denke, dass das eine große Rolle zur Sicherheit der Jugendlichen spielt, dass dort noch einmal ein "Anwalt" für die Jugendlichen besteht. Denn selbst wenn wir uns bemühen, egal ob WG oder ASD, wir natürlich auch manchmal schimpfen müssen und wir da nicht immer wohlwollend aufgenommen werden von Jugendlichen. Auch wenn wir ja eigentlich den Part haben, die auch zu unterstützen. Aber von der Wahrnehmung her ist das eher die Therapeutin, sofern da eine gute Beziehung besteht. Da erachte ich es als sehr wichtig.</p>	<p>Kinder und Jugendlichen, sodass Austausch mit ihr hilfreich war. Therapie als exklusiver und vertrauensvoller Rahmen zur Reflexion.</p> <p>Therapeutin als „Anwalt“ für die Jugendlichen.</p> <p>Rolle des ASD und der WG im Hilfeverlauf ist es, auch mal zu schimpfen.</p> <p>Unterstützende Rolle wird deswegen eher der Therapeutin zugeschrieben als dem ASD und der WG.</p>	<p>Hilfeverlauf</p> <p>Rollenverständnisse</p>	<p>Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team</p>
3/18	<p>Wie läuft denn die Evaluation dieses therapeutischen Angebotes ab und was haben die bisherigen Evaluationen ergeben?</p>			
3/18	<p>Also konkrete Fragebögen für uns gibt es nicht in diesem Zusammenhang, wie zum Beispiel die Zusammenarbeit war. Aber es werden regelmäßig im Rahmen unserer Fachberatungen Abfragen gemacht. Oft wenn eine Leistungsvereinbarung neu erfolgt, wenn das Entgelt verhandelt wird. Das ist immer so ein kurzer Termin, wo mal nachgefragt wird, wie die Zusammenarbeit sich gestaltet, welche Qualitäten und Hemmnisse wir erkennen. Und dann arbeiten wir kurz stichpunktartig zu. Das war es. In der Regel ist es eher so,</p>	<p>Kein konkreter Einbezug des ASD in die Evaluation des therapeutischen Angebotes, z.B. durch Fragebögen.</p> <p>Abfragen in ASD-internen Fachberatungen zum therapeutischen Angebot des KJF e.V. in den Bereichen Zusammenarbeit, allgemeine</p>	<p>Evaluation des therapeutischen Angebotes</p>	<p>Qualitätssicherung und Evaluation</p>

	dass wir es dann mehr erleben, wie die Entwicklung des Kindes und des Jugendlichen ist, ob da eine Stabilisierung erfolgt ist. Und man tauscht sich dann aus. In der Regel sage ich auch, dass ich es gut finde, dass man das und das erreicht hat. Im Rahmen der Hilfepläne wird evaluiert. Aber eine konkrete Abfrage gibt es da nicht.	Qualitäten und Hemmnisse. Stichpunktartige Zuarbeit der ASD-Mitarbeiter an Leitung zur Vorbereitung einer neuen Leistungsvereinbarung/ neuen Entgeltverhandlung. Evaluation des konkreten Hilfeverlaufs im HPG.		
3/18	Würden Sie sich das wünschen als ASD, da auch noch mehr einbezogen zu werden? Ich meine, Sie sind am Ende Kostenträger dieses therapeutischen Angebotes.	ASD- wirtschaftliche Jugendhilfe- ist Kostenträger des therapeutischen Angebotes.	Finanzierung des therapeutischen Angebotes	
3/18	Richtig, das Jugendamt ist das. Dafür haben wir ja die Fachberater. Ja, prinzipiell wäre das schön. Wir haben eine elektronische Aktenführung, wo wir das auch sonst bei Hilfen machen, wie die Zusammenarbeit war. Wenn man dann einfach sagt, dass die therapeutische Arbeit noch einmal gesondert betrachtet wird. So hat man das in der WG mit vermerkt. Wenn also die WG nur die 4 bekommen würde, Frau Z. aber eine 1, dann wird es eine 2,5. Aber man kann es eben nicht trennen. Es wäre schön, wenn so etwas noch irgendwie organisiert wird. Gleichermaßen hat es natürlich auch wieder den Nachteil, dass wir einen Mehraufwand haben. Muss man auch sagen, ja.	Jugendamt hat Fachberater Qualität der Zusammenarbeit mit der Therapeutin wird nicht gesondert dokumentiert in der elektronischen Akte, sondern im Rahmen der Zusammenarbeit mit der WG. Benotung der WG und Therapeutin wird gemischt. ASD wünscht sich gesonderte Bewertung des therapeutischen Angebotes, auch wenn es Mehraufwand bedeutet.	Evaluation des therapeutischen Angebotes und der Gesamthilfe	Qualitätssicherung und Evaluation
3/19	Wie groß schätzen Sie die Erfolgsquote der Rückführung der			

	Kinder und Jugendlichen ins Elternhaus ein in diesen Fällen, wo therapeutische Hilfe implementiert wird?			
3/19	Ich kann jetzt nur von meinen Fällen ausgehen. Da ist es 50/50. Es sind aber auch bloß zwei Fälle, wo ich das intensiv hatte. Und ich würde trotzdem schätzen aufgrund der massiven Problemlagen der Kinder und Jugendlichen, dass es 40 Prozent, max. 50 Prozent sein werden. Es liegt nicht an der Arbeit des Therapeuten, sondern eher an den Rahmenbedingungen, die sich teilweise nicht verändern lassen, entweder wegen fehlender Mitwirkung oder fehlender Fähigkeiten der Eltern. Das muss man auch sagen. Es liegt nicht immer dran, dass die nicht wollen, sondern es liegt auch oft daran, dass sie nicht können. Auch wenn man selbst als Elternteil traumatisierte Erfahrungen hat, dann ist es natürlich schwer, dann ein Kind emotional entsprechend zu stützen. Also ja....	Nach Einschätzung der ASD-Fachkraft und aufgrund komplexer Lebenslagen und Problemlagen der Kinder und Jugendlichen werden 40- max. 50 Prozent der jungen Menschen wieder in den Haushalt zurückgeführt.	Erfolgsquote der Rückführungen und Einfluss des therapeutischen Angebotes Grenzen des therapeutischen Einflusses auf die Rückführung	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure <u>Hemmnisse</u> und Entwicklungsbedarfe
3/20	Was unterscheidet denn dieses therapeutische Angebot des Heimverbundes des KJF e.V. Ihrer Meinung nach maßgeblich von einem herkömmlichen, therapeutischen Angebot?			
3/20	Ich denke, mehr der Einblick in die Lebenswelten vor Ort. Weil dort einfach auch vor Ort Kontakte stattfinden können. Das machen niedergelassene Therapeuten eher selten. Dort auch mehr Einblick in die Fachkräfte, das heißt welche Personen dahinterstehen. Nicht nur, dass es Frau B. aus C. ist. Sondern auch, wer ist die Person, wie agiert die, wie spricht sie. Das bekommen ja die niedergelassenen Therapeuten oft nicht mit...logischerweise. Dort auch die	Vorteile des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.: Mehr Lebensweltorientierung (Lebensumfeld, Einblick in Arbeit der Fachkräfte), flexibleres Agieren in Krisensituationen und flexibles Terminieren, hat Rahmenbedingunge	Lebensweltorientierung Vergleich ambulanten Therapie und Therapie des KJF e.V. Vor- und Nachteile	Potenziale des therapeutischen Angebotes

	<p>Möglichkeit hat, flexibler zu agieren, denke ich. Im Sinne von: Weil man intern dann einfach verschieben kann. Gerade wenn in der WG dann mehrere Kinder bei der Frau Z. sind, dass man dann sagen kann: "Kind A hat jetzt eine Krise. Eigentlich wäre Kind B dran. Wir tauschen jetzt mal fix.". Dass man dort flexibler agieren kann, das macht auch viel aus. Natürlich auch die Rahmenbedingungen der Jugendhilfe besser im Blick zu haben. Was kann Jugendhilfe leisten? Welche Hemmnisse hat auch Jugendhilfe-Schweigepflichtsentbindungen, Mitwirkungsbereitschaft etc.. Wo ich denke, niedergelassene Therapeuten, die jetzt noch nicht so viele Erfahrungen mit ASD oder Jugendamt haben, das einfach nicht überblicken. Die denken immer, wir sagen etwas und dann muss das laufen. Wo ich denke, das ist hier auch ein bisschen anders. Um einfach auch Grenzen aufzuzeigen, auch Kinder und Jugendlichen Grenzen aufzuzeigen, weil Wünsche auch manchmal nicht so sind, dass man sie erfüllen kann. Das funktioniert besser in meiner Wahrnehmung (beim therapeutischen Angebot des KJF).</p>	<p>n der Jugendhilfe besser im Blick</p> <p>Nachteile ambulante Therapie: Therapeuten gehen eher selten vor Ort (geringere Lebensweltorientierung), keinen Einblick in Arbeitsweise der Fachkräfte vor Ort in den WG, starre Terminierung und keine Krisenintervention vor Ort möglich, wenig Überblick über die Jugendhilfe, weniger Verständnis über die Grenzen der Jugendhilfe</p>		<p>Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie</p>
3/21	<p>Worin sehen Sie denn Chancen und Potenziale, den Entwicklungsbedarf des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.? Vielleicht erst einmal Chancen- worin sehen Sie die Chancen?</p>			
3/21	<p>Naja, das auszubauen, das würde ich sehr begrüßen. Insbesondere einen männlichen Ansprechpartner vielleicht noch zu ergänzen für jugendliche, männliche Klienten. Gerade im ausländisch stämmigen Bereich, wo wir auch in der</p>	<p>Personeller Ausbau des therapeutischen Angebotes, gern mit einem weiteren männlichen Therapeuten.</p>	<p>Potenziale des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.</p>	<p>Hemmnisse und <u>Entwicklungsbedarfe</u></p>

	<p>Thematik stehen, Respekt vor Frauen ist dort schwierig. Um dort auch einfach nochmal zum Rollenverständnis von Jugendlichen, was Übergriffigkeit anbelangt. Ich glaube, da kann ein Mann das noch einmal anders vermitteln als eine Frau- nicht vom Fachlichen, sondern von der Vorbildwirkung. Ich würde mich auch freuen, wenn es zum Beispiel Problemlagen sind, die mehrere Jugendliche betreffen (Mobbing, medienüberschreitende und grenzwertige Aktionen), dort das Gruppenthema noch mehr in den Fokus zu nehmen bei Bedarf. Was dann dazu führt, dass dann WG's sagen: "Es passt nicht. Wir müssen tauschen.". Das macht es dann schwer. Unterstützend auch gerne die Auswahl, welcher Jugendliche/ welches Kind in welche WG geht. In der Regel besteht der Einblick in fast alle WG-Gruppen durch die Therapeutin. Weil fast ein oder zwei Kinder dort ja schon therapeutisch begleitet werden. Dass man bei einer neuen Fallanfrage sagt, dass dort Frau Z. mit drüber schaut. "Ich würde XY vom Sozialbericht mit in diese WG stecken." Um Abbrüche auch vorher schon zu vermeiden. Um da einfach Abbrüche oder Wechsel innerhalb des Heimsystems zu vermeiden. So etwas fände ich auch sehr schön.</p>	<p>Angebot von Gruppentherapie bei übergreifenden Problemlagen und zur Vermeidung von WG-Wechseln und Abbrüchen.</p> <p>Mehr Einflussnahme der Therapeutin bei der Verteilung der Kinder und Jugendlichen in die WG's- Prüfung von: Welcher Jugendliche/welches Kind passt in welche WG?</p> <p>Wechsel oder Abbrüche innerhalb des Heimsystems vermeiden.</p>		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Nr./ Frage	Aussage	Paraphrase	Subkategorie	Haupt- kategorie
4/1	<p>Und ich weiß, dass Sie pädagogische Fachkraft sind in einer Wohngruppe des Heimverbundes und ich möchte gern wissen: Inwieweit kommen Sie als Fachkraft in Kontakt mit</p>			

	diesem therapeutischen Angebot des Heimverbundes?			
4/1	Also natürlich insofern, dass wir hier als Erzieher hier ja zwei Kontaktkinder in der Regel haben und dass da ja oftmals durch die Vergangenheit der Bedarf besteht, dass da eine therapeutische Anbindung gebraucht wird. Und dann haben wir ja oftmals auch Beratungen im Team, wo natürlich auch ein erster Vorteil ist... (...) aber das war gar nicht die Frage. Das heb ich mir lieber auf (lachen). Dass man da natürlich über diese Verbindung der Heimleitung, die ja auch unterstützend zur Seite steht, einfach direkt die Chance hat, ob das in das therapeutische Angebot passt. Weil ja auch alle Mitarbeiter Erfahrungen mit diesem haben. Speziell damit. Und natürlich über die Kinder selber, dass man da auch gemeinsam ja auch an den Themen arbeitet und das ja immer ein Netzwerk bilden muss und man im Austausch stehen muss. In unserem Fall- zwischen den Bezugsbetreuerinnen.	<p>Fachkraft ist Kontakterzieher von 2 Kindern, die trägerinternes, therapeutisches Angebot nutzen.</p> <p>Fachkräfte der WG schätzen den therapeutischen Bedarf ein und erfragen bei der Heimleitung die Passfähigkeit des Angebotes und Kapazitäten der Therapeutin des KJF e.V..</p> <p>Alle Mitarbeiter haben bereits unmittelbare oder tangierende Erfahrungen mit dem therapeutischen Angebot gemacht.</p> <p>An Themen der Kinder wird professionsübergreifend im Netzwerk gearbeitet.</p>	<p>Schnittstellen im Netzwerk zwischen Fachkräften und therapeutischem Angebot</p> <p>Hilfeanbahnungsprozess</p> <p>Vernetzung im Träger</p> <p>Netzwerkarbeit</p>	Die Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Team
4/2	Welche Erfahrungen haben Sie denn in diesem Kontext gemacht (...) ja mit diesem Kind und dem therapeutischen Angebot.			
4/2	In dem Fall habe ich die Erfahrung gemacht, dass das sehr engmaschig (...)also dass das halt immer im guten Kontakt steht, im guten Austausch. <u>Und dass das Kind auch</u>	Engmaschiger und guter Austausch zwischen den Fachkräften der WG (speziell dem	Austausch Netzwerkarbeit	

	<p><u>selber gar nicht ohne dieses therapeutische Angebot aktuell leben möchte. Also sie fordert das halt auch ein.</u> Und beruft sich halt auch immer darauf, zu sagen: "Ich würde jetzt gern mit meiner Psychologin/ Therapeutin halt sprechen.". Und es ist für sie insofern eine große Ressource, dass sie ja auch weiß, dass das bei uns sehr engmaschig übermittelt wird. Und vielleicht auch manchmal für sie einen Nachteil darstellt, weil es hat ja auch immer Vor- und Nachteile.</p>	<p>Bezugsbetreuer) und der Therapeutin.</p> <p>Therapie wird von dem Kind aktiv eingefordert und stellt eine Ressource dar.</p> <p>Gutes Maß zwischen Austausch mit Bezugsbetreuer und Erhaltung des Vertrauensverhältnisses</p>	<p>Therapieangebot als Ressource</p> <p>Anforderung an die Therapeutin</p>	
4/2	<p>Naja, dass das ja doch so ein anderer Rückzugsort ist als hier, wo der Alltag stattfindet. Dass sie ja dort außerhalb vom Alltag alles besprechen kann, was sie vielleicht auch zum Teil mit uns gar nicht besprechen möchte. Wenn es dann natürlich gewisse Dinge sind, die alle Hilfebeteiligten wissen müssen, dann ist es für sie vielleicht so eine Sache, wo sie sagt: "Hmm (grummeln) wenn ich jetzt woanders wäre, dann würde das vielleicht nicht so laufen und nicht immer ankommen.</p>	<p>Therapie als ein Ort, wo Dinge besprochen werden können, die in WG noch nicht angesprochen werden möchten.</p> <p>Guter Austausch als Kindeswohlschützen des Element. Greift Manipulationen durch das Kind vor.</p>	<p>Spannungsfeld</p> <p>Informationsaustausch zwischen Fachkräften als Nachteil und Ressource</p>	<p>Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure</p>
4/2	<p>Ja, genau. Also so wäre es vermutlich am Ende ja nicht, aber ich glaube, dass sie das manchmal so äußert und wahrnimmt. Aber trotzdem (...) ähm... fordert sie das Angebot ein. Und wenn sie zum Beispiel Probleme hat oder positive Ereignisse, möchte sie das auch in dem Rahmen besprechen.</p>	<p>Kind nimmt guten Austausch zwischen den pädagogischen Fachkräften und der Therapeutin wahr.</p> <p>Therapie als Raum für Probleme aber auch als Raum zum Besprechen von Erfolgen.</p>		<p>Die Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p>
4/3	<p>Was berichtet sie noch so?</p>			
4/3	<p>Ähm zum Beispiel, dass das Therapieangebot für sie auch wirklich das ist, wo sie sich wirklich in einem sicheren Rahmen fühlt.</p>	<p>Therapieangebot bietet dem Kind einen sicheren Rahmen</p>	<p>Therapieangebot aus Sicht des jungen Menschen</p>	<p>Potenziale des therapeutischen</p>

	<p>Hier ja in gewissem Maße auch, aber das ist für sie wirklich so (...) ein Punkt (...) um jetzt die richtigen Worte zu finden, was ihr glaube ich einfach Stärke gibt und wo sie auch das Gefühl hat, wo sie da auch einfach jederzeit anrufen kann, hingehen kann. Und das ist natürlich bzw. sollte bei uns auch der Fall sein und das weiß sie auch. Aber ich denke, dass sie speziell auch diese persönlich positive Verbindung anspricht. Also dass sie sich mit dem therapeutischen Angebot hier im KJF halt auch wirklich gut fühlt. Denn sie hat auch schon Erfahrungen mit anderen Therapeutinnen gemacht, was ihr wohl nicht so viel geholfen hat.</p>	<p>Kind kann Therapeutin jederzeit anrufen und flexible Terminvereinbarung nach Bedarf möglich.</p> <p>Kind fühlt sich wohl bei der Therapeutin-nutzt Beziehungsangebot.</p> <p>Kind hat ambulante Therapie als wenig hilfreich empfunden.</p>	<p>Erreichbarkeit der Therapeutin</p> <p>Vergleich ambulante Therapie und Therapie KJF aus Kindersicht</p>	<p>Angebotes</p> <p>Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie</p>
4/4	<p>In welchen Lebenslagen befinden sich denn die Kinder, Jugendlichen und deren Familien, die dieses therapeutische Angebot nutzen?</p>			
4/4	<p>Also oftmals ist es natürlich ein sehr großes Familiensystem, auch mit Stiefgeschwistern zum Beispiel. Wo ja auch in Fällen mitunter geguckt wird, ob man das vielleicht verbinden kann, ob die Geschwister ein Stück mit eingebunden werden, was jetzt hier in dem Fall nicht der Fall ist. Aber wo auch wieder ein Vorteil entsteht, dass die Kindesmutter mit eingebunden ist und dass natürlich auch geguckt wird von der therapeutischen Seite, was in dem Familiensystem notwendig ist. Und oftmals sind es ja viele Seiten, also oftmals Dinge, die zwischen den Eltern nicht harmonieren, was ja immer auch ein großes Problem für die Kinder/ die Jugendlichen ist. <u>Und insofern ist natürlich auch wieder gut, dass da dieser Rückzugsort geschaffen wird und noch einmal eine externe Person</u></p>	<p>Oft große Familiensysteme</p> <p>Einbindung des familiären Netzwerkes in die Therapie, z.B. Stiefgeschwister.</p> <p>Netzwerkorientierung und Einbezug der Mutter in den therapeutischen Prozess, um Bedarfe im Familiensystem abzuklären.</p>	<p>Lebenslagen der Kinder, Jugendlichen und Familien</p> <p>Familiäres Netzwerkorientierung in der Therapie</p> <p>Eltern- und Bezugspersonenarbeit</p> <p>Anforderung an die Therapeutin</p>	<p>Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess</p> <p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>

	<u>zur Verfügung steht, die das als Außenstehende mitbehandeln kann und außerdem ein Stück weit in dieses System reingehen kann.</u>	Lebensweltorientierung vs. professionelle Distanz		
4/4	Wir können das auch. Es ist aber glaube ich schwieriger aus unserer Position, weil wir ja etwas enger noch mit den Eltern noch zusammenarbeiten, sofern da welche da sind. Und die Therapeutin dann eben diese gute Position hat, als eine Art Mentorin reinzugehen und eben nicht aber diese alltäglichen Dinge noch mit dem Familiensystem klären muss.	Therapeutin wird als vermittelnde Stelle/ Mentorin gesehen zwischen WG und Eltern und Eltern und Kind.	Rollenverständnis von der Therapeutin (Mentorin)	Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team
4/4	Die Einzelfallhilfe in der Schule soll eventuell beendet werden und dann ist es oftmals so, dass die Eltern da schon Meinung A und Meinung B haben und das überhaupt nicht miteinander funktioniert, wo wir dann ja auch versuchen, irgendwie einen Konsens zu finden. Was aber zum Beispiel in der Position eines noch mehr Außenstehenden (Therapeutin) besser ist.	Therapeutin ist aus Sicht der pädagogischen Fachkraft aus der WG besser in der Lage, einen Konsens mit Eltern zu erarbeiten. Therapeutin als Entlastung der WG.	Eltern- und Bezugspersonenarbeit	Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team
4/5	Wer entscheidet denn darüber, ob die Kinder und Jugendlichen das Therapieangebot in Anspruch nehmen?			
4/5	Also im Prinzip, wenn der Bedarf da ist, der ja in den meisten Fällen von uns wahrgenommen wird oder gegebenenfalls auch von der Schule, dann besprechen wir das auch im Team, wo unsere Heimleitung involviert wird und dann natürlich auch der ASD. Und dann wird da angefragt, ob überhaupt Plätze sind, ob da wirklich auch durch den ASD der Bedarf gesehen wird. Was da ja wieder schwierig ist in diesem Angebot, weil das (ASD) ja wieder extern ist und nicht mit bei uns. Und ja oftmals der Bedarf dann	Therapeutischer Bedarf wird meist von Fachkräften der WG und von der Schule wahrgenommen. Bedarf wird in Teambesprechung in Kommunikation mit der Heimleitung. Rückkopplung und Anmeldung des therapeutischen Bedarfs bei ASD	Entscheidungsprozess zur Nutzung der Therapie Hilfesanbahnung,	Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team

	nicht gesehen wird, obwohl er ja tatsächlich da ist.	erfolgt danach. ASD sieht Bedarf nicht immer.		
4/5	Ja, genau. Aber meine Erfahrung, die jetzt aber noch nicht sehr lang ist, war das noch nicht wirklich ein Problem, weil es ja dann doch oft offensichtlich in diesen Fällen ist.	Aber meist Übereinstimmung der Bedarfsanalysen durch Fachkräfte und ASD.	Bedarfsanalyse	
4/6	Inwieweit wurden Sie denn als pädagogische Fachkraft mit in den therapeutischen Prozess mit eingebunden bisher? Da denke ich so an Bezugspersonenstunden oder Psychoedukation....wie werden Sie eingebunden?		Einbindung der WG in die Bezugspersonenarbeit im therapeutischen Kontext	
4/6	Zum einen natürlich über regelmäßige Absprachen, seien es auch nur kurze Telefonate. Dass eben auch gewisse Themen, die in der Therapie besprochen werden, und die auch angesprochen werden dürfen seitens der Therapeutin und übermittelt wird. Und dass natürlich auch teilweise Gespräche zusammen stattfinden mit der Therapeutin und dem betroffenen Kind oder Jugendlichen (...), oder dass man sich auch ohne Kind und Jugendlichen mal zusammensetzt und an einem gewissen Thema darüber spricht und schaut, was könnte jetzt ein guter Weg sein.	Zwischen Therapeutin und Fachkräften der WG erfolgen regelmäßige Absprachen, kurze Telefonate, persönliche Therapiegespräche mit Kind und Fachkraft, Fachgespräche.	Bezugspersonenarbeit Austausch	Die Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
4/6	Also dann im therapeutischen Raum der Therapeutin, oder auch hier in der Wohngruppe?			
4/6	Auch hier in der Wohngruppe. Das ist sehr unterschiedlich. Je nachdem, wie es auch in den Alltag und in die Terminpläne passt. Natürlich auch im Rahmen der Therapie oder natürlich dann in den Hilfeplangesprächen, wo man ja auch alle zusammen am Tisch sitzt. Genau!	Therapeutin begibt sich zu Therapiegesprächen auch in die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen (WG). Alle sitzen an einem	Lebensweltorientierung HPG als Netzwerktreffen	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie

		Tisch.		
4/7	Wer ist denn alles bei den Hilfeplangesprächen dabei? Können Sie das mal aufzählen?			
4/7	Ja, also das ist natürlich unterschiedlich, je nach Hilfe, die da noch dran ist. Aber in den meisten Fällen ist es auf jeden Fall eben die Therapeutin, der ASD, dann gegebenenfalls auch der Vormund, wenn die Eltern nicht da sind, dann die Wohngruppen...in dem Fall dann die Bezugsbetreuer, wo sich das einrichten lässt, und natürlich die Kinder und Jugendlichen....(...) und wenn vorhanden, dann Vater, Mutter.... Mitunter natürlich auch Einzelfallhelfer oder Einzelfallhelferin.	Bedarfsgerechte Zusammensetzung der HPG-Teilnehmer: ASD, Therapeutin, Eltern, ggf. Vormund, Bezugsbetreuer in der WG, Kind, ggf. Einzelfallhelfer des jungen Menschen oder des Familiensystems	Teilnehmer am HPG	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
4/8	Was denken Sie denn, woran orientiert sich die Frequentierung der Therapiestunden und die Dauer der gesamten therapeutischen Hilfe? (...) Frequentierung... damit ist gemeint, wie oft kommt der Jugendliche, das Kind in die Therapie, einmal pro Woche/ zweimal pro Woche und wie lange dauert so ein therapeutischer Prozess insgesamt?		Einflussfaktoren auf die Therapiedauer Frequentierung der Therapiestunden	
4/8	Okay, also die Erfahrung, die ich jetzt gemacht habe zum Beispiel bei einem externen Therapeuten, war dass die Stunden dann natürlich von Anfang an mit dem jeweiligen Amt abgeklärt worden. Und dafür gibt es ja tatsächlich so eine Regelzeit. Die habe ich aber tatsächlich nicht im Kopf (zögernd), (...) aber ich glaube, das sind 12 Monate, oder?	Ambulantes Angebot: Festsetzung des Stundenkontingents erfolgt in ambulanter Therapie im Vorfeld der Therapie. Rechtfertigung durch Gutachterbericht bei Verlängerung.	Erfahrung mit ambulantem Therapieangebot	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
4/8	Weil so wie ich es jetzt dort bei diesem Fall mitbekommen habe, war das auch über 12 Monate und dann ist halt sozusagen das einfach	Vorteil der Therapie beim KJF: unbürokratischer, am Bedarf orientiert	Vergleich ambulantes Therapieangebot und	Vergleiche zwischen therapeutischem

	<p>ausgelaufen und dann muss man auch als Therapeutin rechtfertigen, wenn das weiterlaufen soll. Ähm hier (...) in diesem internen System (...) ist es glaube ich ein Stück weit einfacher und natürlich davon abhängig, wie auch die Möglichkeiten der Therapeutin sind. Weil ja ganz viele auch dieses Angebot nutzen, weil das ja intern vernetzt ist. Und ich denke, dass natürlich auch der Bedarf des Kindes eine Rolle spielt, aber leider...so würde ich es wahrnehmen... ist doch eher, wie lässt es sich terminlich überhaupt abdecken und wie viele Kapazitäten hat auch die Therapeutin.</p>	<p>Kapazitäten der Therapeutin sind mitentscheidend für Beginn der Therapie.</p>	<p>Therapie des KJF</p> <p>Kapazitäten, bürokratischer Aufwand</p>	<p>Angebot des KJF und Kassentherapie</p>
4/8	<p>Und wie oft gehen die Kinder und Jugendlichen also pro Woche in die Therapie?</p>			
4/8	<p>Bei uns ist es tatsächlich einmal pro Woche pro Kind für eine Stunde. Wenn jetzt aber ein Krisenfall vorherrschend ist, dann kann man natürlich auch mal zwei Termine wahrnehmen oder spontan nachfragen. Die Möglichkeit ist ja immer gegeben. Aber trotzdem ist der zeitliche Rahmen glaube ich sehr begrenzt. Dadurch dass es ja das feste Angebot ist für alle Kinder hier in dem Verein und da natürlich der Bedarf auch relativ groß.</p>	<p>Therapie findet i.d.R. 1x pro Woche statt. Therapeutisches Angebot ist begrenzt.</p> <p>Flexible Frequentierung der Therapiestunden im Krisenfall ist immer gegeben trotz großen Bedarfs zur Nutzung des therapeutischen Angebotes im KJF.</p>	<p>Frequentierung der Therapiestunden</p> <p>Bedarf des therapeutischen Angebotes</p>	<p>Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie</p> <p>Potenzial des therapeutischen Angebotes</p>
4/9	<p>Wie wirkt sich denn die therapeutische Arbeit auf die Dauer der jeweiligen Hilfe und auch auf die Zielerreichung aus?</p>			
4/9	<p>Sehr positiv aus meiner Sicht, weil eben ...wie ich es am Anfang schon gesagt habe...das dieser extra Rahmen ist, der die Problematiken der Kinder, die ja meistens in der Therapie</p>	<p>Fachkraft aus der WG schätzt den Einfluss therapeutischer Arbeit auf die Gesamthilfe als</p>	<p>Einfluss der therapeutischen Arbeit auf Hilfedauer und</p>	<p>Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure</p>

	<p>besprochen werden, dadurch einfach noch mehr angegangen werden, als wir das jetzt machen könnten. Wenn das eben nicht gegeben wäre oder gegebenenfalls auch mit einer ambulanten Therapie....dort ist es mitunter ja noch schwieriger, einen Termin in der Woche vereinbaren zu können...ähm...(...) und insofern ist das einfach noch eine Hilfebeteiligte, die wieder eine andere Sicht auf die Dinge bringt, weil es eben einfach eine andere Position im Leben des Kindes oder des Jugendlichen ist. Und das ist halt einfach sehr gewinnbringend und hilfreich, weil es ja wieder verschiedene Sichten auf den Fall sind. Und natürlich auch von einer anderen Seite daran gearbeitet werden kann.</p>	<p>hilfreich und gewinnbringend ein.</p> <p>Vor allem multiprofessionelle Sicht und Bearbeitung der Problematiken werden als gewinnbringend erlebt.</p> <p>Nachteil: Terminvereinbarung mit dem Therapeuten wird als Hürde erlebt.</p>	<p>Zielerreichung</p> <p>Nachteil ambulanter Therapie</p>	
4/10	<p>Wo kriegen Sie denn diese Sichten mit, das heißt es gibt ein HPG, da ist die Therapeutin mit dabei. Das heißt, da können Sie die therapeutische Sicht mitbekommen. Wo denn noch? Wo ist die Therapeutin noch überall in Ihren WG-Alltag eingebunden?</p>			
4/10	<p>Also wirklich zum Beispiel über diese regelmäßigen Absprachen, wenn jetzt eben die Therapie sehr regelmäßig stattfindet, dass man doch immer fragt, was eventuell besprochen wurde. Und natürlich, wenn in der Schule was vorfällt oder wenn auch Zuhause irgendwas kritisch ist, dass man das jetzt nicht einfach dem Kind überlässt..."Also die hat da ihre Stunde und die wird das schon ansprechen." ...sondern dass man halt immer eng vernetzt arbeitet und schaut, was aktuell unser Wissen über die Schule ist oder über die Elternebene oder was für</p>	<p>Stattfinden regelmäßigen Austausches zwischen pädagogischer und therapeutischer Fachkraft.</p> <p>Netzwerkarbeit findet hinsichtlich des</p>	<p>Netzwerkarbeit</p>	<p>Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p>

	Probleme da eben gerade herrschen. Und dass vielleicht eben auch die Therapeutin uns über Dinge informiert, die ganz (...) spezifisch angesprochen werden, die wir aber so im Alltag aber nicht wahrnehmen konnten.	Informationsaustausches zu bestimmten Themen (Eltern, Schule, Problematiken in WG) statt zwischen den Fachkräften.		
4/11	Und die Therapeutin, ist die auch in Teamgesprächen dabei, oder ist die da nicht dabei?			
4/11	Genau mitunter ist sie auch da dabei. Aber es ist jetzt nicht regelmäßig, dass das immer so geplant wird. Aber jetzt zum Beispiel haben wir auch morgen eine Teamberatung, wo wir die Frau Z. eingeladen haben. Ähm (...) genau und das ist auch sehr hilfreich. Weil dann einfach im Schichtdienst einmal alle an einem Tisch sitzen und ja da einfach auch.	Schichtdienste in WG kann die Bündelung von Informationen erschweren. WG lädt Therapeutin bei Bedarf zu dem Teamberatungen in der WG ein.	Austausch in und Teilnahme an Teamberatungen der WG Flexibilität und Lebensweltorientierung	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
4/12	Was unterstützt Sie denn als Fachkraft in der pädagogischen Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen, die Sie betreuen? Allgemein- was unterstützt Sie als pädagogische Fachkraft?		Unterstützende Elemente in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen	
4/12	Okay, also dann im ganz Allgemeinen wirklich die Vernetzung von allen Hilfebeteiligten. Ich glaube, das ist wirklich der springende Punkt. Weil wenn das eben nicht stattfindet, dann fehlen die Infos einfach, um auch an gewissen Punkten arbeiten zu können. Und was eben dann sehr hilfreich ist, dass wir die Möglichkeit haben, die Therapeutin auch kurzfristig zu fragen: "Können Sie in die Beratung mit reinkommen? Oder könnten wir vielleicht auch mal ein Gespräch vereinbaren, um eben auch die Thematiken, die hier im Alltag stattfinden...der ja aber von uns auch nicht im Täglichen erlebt wird durch die Schichten... dass	Vernetzung von allen Hilfebeteiligten hilft. Findet kein Informationsaustausch statt, fehlen Informationen zur Bearbeitung der Problemfelder. Flexible Anfragen auf Teilnahme der Therapeutin an Beratungen in der WG oder Gesprächen ist möglich und wird als hilfreich wahrgenommen	Vernetzung Teilnahme an Teamberatungen	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk

	<p>man da auch immer eine aktuelle Sicht auf die aktuellen (...) Ereignisse hat. Und natürlich dann auch wieder der Vorteil, dass intern ...man vermutlich zeitlich betrachtet... schneller jemanden erreichen kann. Ähm (...) weil ja zum Beispiel auch Einzelfallhelfer/ Einzelfallhelferinnen auch mit in dieses Netz eingebunden sind. Und auch diese Informationen dann einfach immer an der richtigen Stelle ankommen...also im besten Fall.</p>	<p>durch die Fachkräfte.</p> <p>Durch die trägerinterne Vernetzung kann Austausch schneller stattfinden.</p>	<p>Vernetzung vereinfacht Austausch</p>	<p>Potenziale des therapeutischen Angebotes</p>
4/13	<p>Was denken Sie, wie komplex gestalten sich die Hilfebedarfe der Kinder und Jugendlichen und deren Bezugspersonen Ihrer Erfahrung nach?</p>			
4/13	<p>Zum Beispiel, dass Kinder bis zum fünften Lebensjahr auf der Straße gelebt haben und dann natürlich Dinge gelernt haben: wie sie sich Nahrung beschaffen oder solche Dinge. Und das ist natürlich in einem gewissen Lebensalter mit fünf oder sechs Jahren dann sehr schwer, das dann im Alltäglichen umzustellen, weil das einfach die Erfahrung der Kinder war, mit denen sie auch überleben mussten/ konnten. Und dementsprechend ist es halt auch sehr individuell, weil jeder ja seinen eigenen Rucksack auf hat. Und deswegen (...) ist das ganze Hilfsangebot, auch wenn bei vielen Kindern das Therapeutische nicht wegzudenken ist, ja trotzdem unterschiedlich. Und deswegen ist es wieder so wichtig, dass eben diese Vernetzung und der Informationsaustausch gut funktionieren, weil eben alles so individuell ist und überall auch andere Dinge beachtet werden müssen, die auch manchmal ganz klein sind und im Alltag zum</p>	<p>Problemlagen: Kind hat bis zum 5.LJ. auf der Straße gelebt, Nahrungsbeschaffung</p> <p>Therapeutisches Angebot ist bei vielen Kindern nicht wegzudenken.</p> <p>sehr komplexe Fälle, oft auch sehr schwerwiegende Auffälligkeiten/ Störungen. Jeder in diesem Familiensystem hat seinen eigenen Rucksack, den er mitbringt und dadurch ist die enge Vernetzung wirklich</p>	<p>Komplexität der Hilfebedarfe und Problemlagen</p> <p>Komplexe Problemlagen des gesamten Familiensystems</p>	<p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>

	Beispiel, wenn eine Praktikantin kommt, (...) gar nicht so leicht zu durchschauen sind. Weil das ja eben nur mal ein Wort sein kann. Und da ist es eben dann wieder gut, dass die enge Vernetzung mit der Therapeutin herrscht, weil ja solche Problematiken in dem Feld auch ganz sehr bearbeitet werden.	notwendig.		
4/14	Welche Bedeutung hat die Eltern- und Bezugspersonenarbeit für Sie in Ihrer Arbeit?			
4/14	Tatsächlich eine sehr große Bedeutung, weil das Konzept dieser Wohngruppe ja auch familienorientiert ist.	Familienorientierte WG bemisst BZP-Arbeit große Bedeutung bei	Pädagogisches Verständnis für BZP-Arbeit	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
4/14	Dass wir ganz intensiv auch mit den Eltern zusammenarbeiten- im Täglichen oder in Form von Angeboten. Zum Beispiel haben wir einmal im Jahr ein Familienwochenende, wo dann die Eltern und auch Geschwister/ Angehörige zusammen mit uns zelten, übernachten und grillen und dann einfach mal einen schönen Abend verbringen oder dass man einmal im Monat mit den Eltern und Kindern als Gruppe etwas gemeinsam unternimmt. Es gibt aber auch einen Kochtag, wo dann immer von einem Kind die Eltern herkommen und für die ganze Gruppe gemeinsam kochen. Was natürlich auch bedeutet, dass dieses Konzept auf Rückführung bedacht ist und dementsprechend auch Eltern vorhanden sein sollten. In der Realität ist es ganz ehrlich auch oftmals nicht so. Wir haben auch einige Kinder, die Vormünder haben, die eben keine Eltern haben, die greifbar oder erreichbar sind. Und deswegen ist das natürlich hier in der Wohngruppe auch sehr intensiv, die Elternarbeit,	Auch im pädagogischen WG-Alltag wird BZP-Arbeit angestrebt bspw. durch Organisation von Familienwochenenden, Kochtagen mit Familien und Gruppenabenden mit den Familien. Oft sind keine Eltern verfügbar für die Elternarbeit. Eltern arbeiten zudem oft nicht gern mit der WG zusammen, wenn Kind unfreiwillig aus der Familie genommen worden ist durch den ASD. Therapeutin kann als	Einbezug der Eltern im pädagogischen Alltag Rückführungs idee Zusammenarbeit zwischen WG und Eltern Rollenverständnis der Therapeutin (Mediation)	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team

	gestaltet sich aber in häufigen Fällen auch schwierig, weil die Eltern oftmals auch nicht gern mit uns zusammenarbeiten. Weil ja trotzdem das Kind aus der Familie rausgenommen und das nicht in einem freiwilligen Rahmen passiert und da ja auch die doofe Seite ist...um das jetzt mal salopp zu sagen....die die Kinder weggenommen hat und die das jetzt irgendwie besser machen wollen angeblich. Aber gerade dafür ist eben auch wieder diese therapeutische Vernetzung sehr gewinnbringend, weil das wieder so eine außenstehende Stelle ist, die da auch für uns unterstützend mitarbeiten und eine andere Sicht auf diese Situation schaffen kann.	vermittelnde und für die WG unterstützende Rolle einnehmen und ggf. besser mit den Eltern arbeiten und Offenheit ggü. WG unterstützen. Offenheit zur Zusammenarbeit als Grundlage zur Rückführung des Kindes.	Bedingung zur Rückführung	
4/14	Ja, genau. Das funktioniert natürlich nicht immer, aber das ist ein guter Punkt, den man versuchen kann. Weil ja einfach die Arbeit wahrscheinlich intensiver ist in diesem internen Konzept und man die Probleme auch schneller anbringen kann als wenn man mit einer ambulanten Therapeutin oder Therapeut zusammenarbeitet (...).	Vorteil der Therapie des KJF e.V.: Therapie des KJF e.V. wird als intensiver mit schnellerem und besserem Austausch wahrgenommen.	Vergleich ambulante Therapie und Therapie des KJF e.V.	Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
4/15	Inwieweit wurden denn Sie als Bezugsperson der Kinder und Jugendlichen in das therapeutische Setting Ihrer Meinung nach noch einbezogen? Wir hatten vorhin schon einmal eine ähnliche Frage. Aber inwieweit wurden Sie einbezogen?		Einbezug des Bezugsbetreuers als BZP in die Therapie	
4/15	Bisher tatsächlich in Gesprächen über die Teambesprechungen, dann in regelmäßigen Telefonaten...sowohl von seitens der Therapeutin als auch von mir... und natürlich auch über die Jugendliche, die ja auch zwischen den Stellen ihre Anliegen hin- und herträgt. Wenn es zum Beispiel heißt als Therapeutin:	Einbezug des Bezugsbetreuers der WG in den therapeutischen Prozess erfolgt über Teambesprechungen, über die Jugendlichen und Kinder, Gespräche	Austausch im Netzwerk	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk

	"Können Sie bitte noch einmal mit meiner Bezugsbetreuerin oder mit den Erziehern in der Wohngruppe?". Oder natürlich auch andersherum, weil es spielt ja manchmal so hin- und her- mal ist die Seite gut, mal ist die Seite gut (lachen). Und dann auch über Gespräche direkt vor Ort, auch mit der Jugendlichen oder auch rein über Informationsaustausch mit anderen Hilfebeteiligten in diesem Fall. Aber dass man trotzdem als Betreuerin diese Info darüber hat.	vor Ort in der WG und Rückkopplung von Informationen Dritter (Eltern/ Schule) an die WG.		
4/15	Aber in dem Fall ist meine Erfahrung sehr positiv, dass der Austausch sehr gut funktioniert!		Qualität des Austausches im Netzwerk	
4/16	Was bedeutet für Sie Netzwerkarbeit?			
4/16	Also dass eben wirklich kleine Informationen übermittelt werden und das auch zu den Zeiten, wo sie an der entsprechenden Stelle auch was nützen und dann nicht so spät. Ähm, dass natürlich die Erreichbarkeit aller Beteiligten gewährleistet ist... natürlich hat jeder mal frei oder Urlaub...das ist ja klar. Und dass natürlich auch Vertretungen geschaffen werden. Ich glaube, das ist ein interessanter Punkt. Denn daran scheitert es tatsächlich sehr oft, wenn so ein großes Netzwerk besteht, eben mit ASD, Therapie, Wohngruppe, dass an irgendeiner Stelle eine Person krank ist und Urlaub hat und dafür vermutlich keine Vertretung vorhanden ist und viele Themen dann auch für Tage und Wochen aufgeschoben werden müssen, die jetzt aber aktuell sehr wichtig wären, zu klären.	Zeitnahe und adressatengenaue Übermittlung von Informationen. Gewährleistung von Erreichbarkeit aller Beteiligten. Vertretungssituationen schaffen. Fehlende Vertretungen, sodass die Klärung von Themen für Tage und Wochen verschoben wird. Arbeit im Netzwerk stockt.	Verständnis von Netzwerkarbeit Hemmnis und Potenzial in der Netzwerkarbeit	Potenziale des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
4/16	Und ich glaube, das ist noch so ein großer Punkt in der Netzwerkarbeit, der vielleicht verbessert werden könnte. Aber allgemein in der Jugendhilfe,	Fehlende Vertretungen sind allgemein ein Potenzial in der Jugendhilfe.	Hemmnis und Potenzial in der Netzwerkarbeit	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe

	vermutlich nicht nur hier!			
4/17	Wie läuft denn der Austausch zwischen Ihnen- der Wohngruppe-, der Therapeutin...das haben Sie berichtet...aber auch dem ASD und anderen Fachkräften ab? Manchmal sind ja noch Einzelfallhelfer drin. Wie läuft dieser Austausch zwischen Ihnen?		Austausch im Netzwerk	
4/17	Also in einigen Fällen...zum Beispiel in dem Fall, den ich jetzt schon öfters beschrieben habe... läuft es sehr gut, worüber ich sehr glücklich bin und sehr dankbar! Weil ...jetzt muss ich das einfach auspacken...in einigen Fällen läuft es halt sehr schlecht. Also es gibt immer eine Stelle, die den Austausch nicht gewährleistet oder die mitunter auch Wochen und Monate nicht erreichbar ist. Und dann sind wir als Wohngruppe natürlich in der Position gezwungen, Vertretungen einzufordern oder täglich anzurufen und wieder nachzufragen. Das ist leider beim ASD der Fall und auch bei den Vormündern. Natürlich nicht für alle gesprochen, aber ganz oft hat man das wirklich, dass wichtige Themen ungeklärt bleiben.	Austausch zwischen den Fachkräften im Netzwerk läuft sehr gute. Es gibt oft Schwierigkeiten im Austausch, speziell mit dem ASD und in der Zusammenarbeit mit Vormündern. Fehlende Rückmeldungen sind der Grund.	Austausch im Netzwerk und Hemmnisse	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
4/17	Wir haben jetzt einen Jungen in der WG gehabt, der die Schule wechseln musste, weil das in der alten Schule nicht mehr funktioniert hat. Und da haben wir schon weit vor den Sommerferien natürlich uns darum gekümmert und haben beim Vormund angefragt und wollten einfach auch die Info haben, dass der Vormund die Schulen anfragt. Das ist aber leider bis zur Hälfte der Sommerferien nicht passiert trotz mehrfacher Nachfrage unsererseits. Und das sind halt Sachen, die sehr	Beispiel für fehlende Rückmeldung eines Akteurs im Netzwerk, der das ganze Netzwerk zum Stocken bringt und Entwicklungen verhindert.	Ausbleibende Rückmeldung durch Vormündin	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe

	häufig vorkommen und natürlich sehr schwerwiegend sind.			
4/17	Inwieweit kann Sie dann die Therapeutin unterstützend? Unterstützt sie in solchen Angelegenheiten, oder kann sie da gar nichts machen?			
4/17	Und dass sie halt so ein Stück weit Stress verbreiten kann, aber wie ich es halt auch schon gesagt habe, sind die Therapeutinnen ja sehr gefragt in diesem internen Konzept und wahrscheinlich auch (...) zeitlich da begrenzt. Und davon abgesehen ist das natürlich unsere Aufgabe. Aber ich bin mir sehr sicher, wenn man darum bitten würde, dass vielleicht da noch einmal ein Anruf getätigt wird, dass das passieren würde. Ja, wobei in so einem Fall meine Erfahrung sagt, dass wir uns dann eher an die Heimleitung gewendet haben und da um Unterstützung gefragt haben.	Die Klärung organisatorischer und bürokratischer Angelegenheiten liegt bei den Fachkräften der WG und ggf. bei der Heimleitung. WG ist sich der Rückendeckung durch die Therapeutin bewusst.	Rollenverständnis Therapeutin und Fachkraft der WG, Heimleitung Unterstützung und Entlastung im Netzwerk	Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team
4/18	Welche Bedeutung bemessen Sie denn der Zusammenarbeit und dem Austausch zwischen Ihnen und der Therapeutin bei?			
4/18	Eine sehr große Bedeutung. Weil die Therapie eben dieser Rahmen ist, der abseits vom Alltag ist und abseits von der Gruppe des Kindes oder des Jugendlichen und das einfach so eine Zeit für den Jugendlichen alleine ist. Wo sie ja auch genau wissen, diese Stunde ist wirklich dafür da, um über die Anliegen zu sprechen, die vielleicht auch die Therapeutin manchmal mit einbringt...eben durch diese Vernetzung, was wir da auch im Austausch vielleicht besprechen. Ähm (...) und es ist einfach für die Kinder und Jugendlichen aus meiner Sicht eine unfassbar große Ressource. Ja.	Austausch mit der Therapeutin hat eine sehr große Bedeutung. Durch Vernetzung mit den Fachkräften ist es auch der Therapeutin möglich, alltagsnahe und relevante Themen einzubringen. Unfassbar große Ressource.	Bedeutung des Austausches mit der Therapeutin Therapie als Ressource für die Kinder und Jugendlichen	Potenzial des therapeutischen Angebotes des KJF

4/19	Und wie ist das denn für Sie als Fachkraft, dass die Therapeutin auch beim HPG dabei ist?			
4/19	Also für mich ist das natürlich sehr unterstützend. Und es ist einfach super, weil dann wirklich alle, die ja einen großen Teil an dieser Arbeit leisten, die ja mit dem Kind passiert, an einem Tisch sitzen. Und alle ihren Input geben können. Und dementsprechend ist natürlich von Vorteil, wenn die Therapeutin dabei ist, weil sie ja einen ganz großen Teil trotzdem im Alltag leistet an diesem Kind und ja auch teilweise Sichten oder (...) Einstellungen von dem Kind kennt, die so bei uns nicht ankommen und trotzdem ja ein anderes Vertrauensverhältnis ist. Natürlich kann sie da nur in einem gewissen Rahmen sprechen, weil das ja natürlich dieses Vertrauensverhältnis auch sein soll, aber ich denke, dass das auch für die Jugendlichen, die ja auch dabei sind, eine große Unterstützung ist.	Teilnahme der Therapeutin am HPG wird durch die Fachkraft der WG als unterstützend wahrgenommen wegen multiprofessionellen und -perspektivischem Blick, der Bündelung von Informationen aller Beteiligten und als Rückendeckung für das Kind und den Jugendlichen.	Vorteile der Teilnahme der Therapeutin am HPG Multiprofessionalität im HPG	Potenzial des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
4/20	Wie läuft denn die Evaluation des therapeutischen Angebotes ab? Und was haben denn so die bisherigen Erfahrungen und Evaluationen ergeben?			
4/20	Aber was ich von den Kollegen mitbekommen habe, ist es ja natürlich dann vor allem Aufgabe der Therapeutin, das zu evaluieren und dann im ASD oder im entsprechenden Amt auszuwerten. Und ich glaube, das passiert dann auch ein Stück weit in Zusammenarbeit mit uns, so wie ich das jetzt mitbekommen habe. Also kann ich mir gut vorstellen, dass es halt immer gut ausgewertet wird und auch geguckt wird, was natürlich die Therapie gebracht hat.	Evaluation des therapeutischen Angebotes ist vor allem Aufgabe der Therapeutin, um dies im Jugendamt auszuwerten. Einbezug der Rückmeldungen durch die WG erfolgt.	Evaluation des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.	Qualitätssicherung und Evaluation
4/21	Wie groß schätzen Sie denn die			

	Erfolgsquote einer Rückführung der Kinder und Jugendlichen ins Elternhaus ein?			
4/21	<p>Äh (...) sehr gering, weil natürlich auch schon hier in diesem Konzept deutlich wird...wir sollten hier eigentlich größtenteils Kinder und Jugendliche betreuen, die definitiv die Chance auf eine Rückführung haben, weil das ja eben das Konzept vorgibt...was in anderen Wohngruppen ja schon gar nicht so ist. Und schon hier sieht man ja, dass das schon nicht der Realität entspricht. Also dass ein kleiner Teil der betroffenen Kinder die Aussicht auf eine Rückführung hat. Und ich glaube nicht, dass das ausschließlich daran liegt, dass die Eltern dann immer nicht vorhanden sind oder nicht auffindbar oder auch vielleicht verstorben, sondern dass das wirklich an den Problematiken liegt, die in der Familie vorherrschend sind. Die zwar vielleicht in der gemeinsamen Arbeit gut bearbeitet werden können, sodass die Kinder auch mal auf Beurlaubung nach Hause können. Aber ich glaube, eine Rückführung ist eher in den seltenen Fällen realistisch.</p>	<p>Fachkraft schätzt Erfolgsquote der Rückführung allgemein eher gering ein aufgrund komplexer Problemlagen der Kinder, Jugendlichen und deren Familien.</p> <p>Die Erarbeitung von Bedingungen zur Beurlaubung im Elternhaus kann auch ein Erfolg sein</p>	<p>Erfolgsquote der Rückführung</p> <p>Einfluss komplexer Problemlagen auf die Rückführung der Kinder und Jugendlichen</p> <p>Beurlaubung statt Rückführung</p>	<p>Effekte der therapeutischen Arbeit aus subjektiver Sicht aller Akteure</p>
4/21	Denken Sie, dass die Therapie einen Einfluss auf die Rückführung hat/ haben könnte?			
4/21	<p>Definitiv! (zustimmend) Gerade weil ja eben auch die Möglichkeit besteht, dass Eltern oder die die Elterneben mit einzubeziehen, aber natürlich auch nur in einem gewissen Rahmen. (...) Und deshalb würde ich das an die Antwort davor anknüpfen: Im Allgemeinen ist das wirklich selten der Fall, dass das wirklich gut funktioniert. Wenn, aber dann sicher auch durch die Arbeit der</p>	<p>Positiver Einfluss der therapeutischen Arbeit auf die Rückführung des Kindes oder Jugendlichen.</p> <p>Über die Therapie besteht die Möglichkeit auf</p>	<p>Einfluss therapeutischer Arbeit auf die Rückführung der Kinder und Jugendlichen</p>	<p>Effekte der therapeutischen Arbeit aus subjektiver Sicht aller Akteure</p>

	Therapeutin ein Stück weit.	Einbindung der Eltern in die Hilfe.		
4/21	Okay. Also die Eltern werden hier in Ihrem pädagogischen Konzept mit eingebunden und auch im therapeutischen Rahmen. Und doch sind die Möglichkeiten begrenzt, Eltern ein Stück weit dahin zu führen, dass eine Rückführung der Kinder möglich ist.	Einbindung der Eltern im pädagogischen und therapeutischen Konzept. Begrenzte Möglichkeiten der Rückführung.	Rückführungs idee	
4/22	Was unterscheidet denn das therapeutische Angebot des Heimverbundes des KJF e.V. Ihrer Meinung nach maßgeblich von einem herkömmlichen Therapieangebot? Einem ambulanten, außenstehenden Therapieangebot?			
4/22	Ich habe die Arbeit mit dem ambulanten Angebot gesehen und auch hier. Und deswegen denke ich, dass das interne Angebot (KJF) vor allem davon geprägt ist, dass es eben eine sehr schnelle Absprache gibt und auch eine sehr schnelle Möglichkeit, ein Kind überhaupt in die Therapie einzuführen.	Vorteile der Therapie des KJF e.V.: schnelle Therapieanbindung, schnelle Absprachen	Vergleich ambulante Therapie und Therapie des KJF e.V.	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
4/22	Wie lange wartet so ein Kind hier auf Therapie intern?			
4/22	Also tatsächlich war es bisher nicht lange. Es können ein Monat sein, zwei Monate. Aber wenn man das vergleicht mit ambulanten Angeboten, so kann es ja durchaus fünf Monate dauern oder noch länger. Deswegen würde ich das hier definitiv als Vorteil sehen, dass es schneller funktioniert. Und natürlich ist auch die Anfrage leichter. Also diese Barrieren sind natürlich ein Stück weit kleiner, weil natürlich die Stellen bekannt sind und man weiß, wer an dieser Stelle arbeitet, mit wem man sprechen muss, dass das vielleicht auch zügig funktionieren kann.	Wartezeit für Therapie im KJF e.V.: Nicht lange, d.h. 1-2 Monate Wartezeit Wartezeit bei ambulantem Therapeuten: Längere Wartezeit, d.h. mindestens 5 Monate Vorteile der Therapie des KJF e.V.: Vereinfachte	Wartezeiten für Therapie	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie

	<p>Ähm (...) ich denke, das ist aber auch davon geprägt, dass der Rahmen der Möglichkeiten dann ein Stück weit kleiner ist...weil trotzdem ist es in der Therapie natürlich auch wichtig, dass zwischen den Kindern/Jugendlichen und der Therapeutin es einfach auch geht....also es ist ja auch mit Sympathie und Antipathie verknüpft, dass es halt auch nicht überall funktioniert. Dass man dann vielleicht hier nicht so viele Möglichkeiten hat.</p>	<p>Therapieanfragen bei Bedarf, Vernetzung und Erfahrungen mit dem Therapieangebot</p> <p>Nachteil der Therapie des KJF e.V.: Begrenzte Therapeutenauswahl (nur eine Therapeutenpersönlichkeit)</p>		<p>Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe</p>
4/22	<p>Wenn aber vielleicht auch sagt, das passt in dem Fall nicht in diese Therapie, dann muss man das wahrscheinlich in dem Fall auch gut begründen, denn wir haben ja im Verein...und es ist ja alles abgesprochen. Dass man da vielleicht auch ein bisschen unflexibler ist, wenn man doch mal eine andere Therapie bevorzugen würde. Aber im Gesamten, um das zusammenzufassen, ist das halt ein kürzerer Weg, vermutlich auch die größere Chance, da schneller reinkommen, auch individueller das ganze vielleicht abzustimmen...Um zu sagen: "Diese Woche bräuchten wir vielleicht mal zwei Termine, wenn das möglich ist.". Aber eben...sollte dann mal ein anderes Therapiesetting bevorzugt werden, ist es denke ich schwierig, das zu rechtfertigen, weil das ja an sich ein sehr gut funktionierendes System ist. Genau. Und dass man da vielleicht einfach nicht die "Superrechtfertigung" ablegen muss.</p>	<p>Rechtfertigung zur Nutzung eines ambulanten Therapieangebotes wird als Hemmnis wahrgenommen.</p> <p>Vorteile der Therapie des KJF e.V.: Kurze Wege, schnellere Therapieanbindung, flexible und bedarfsgerechte Frequentierung der Therapiestunden</p> <p>Fachkraft wünscht sich trägerintern eine gedankliche Freiheit, auch ambulante Therapieangebote bei Bedarf zu nutzen ohne „Superrechtfertigung“.</p>	<p>Spannungsfeld des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.</p> <p>Vorteile der Therapie des KJF e.V.</p> <p>Potenzial: Offenheit von Netzwerken beibehalten</p>	<p>Potenziale des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.</p> <p>Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe</p>
4/23	<p>Gibt es noch Potenziale, die Sie sehen für dieses Angebot?</p>			

4/23	Also zum Einen wäre es natürlich vielleicht sinnvoll, wenn man noch eine Stelle für Therapeuten oder Therapeutin schafft. Dass einfach intern dieses Angebot, was ich angesprochen habe, größer wird. Und natürlich ergibt sich so auch die Möglichkeit, dass die Kinder oder Jugendlichen vielleicht ein intensiveres (...) Angebot nutzen könnten. Denn es besteht ja durchaus der Bedarf, dass eben zweimal in der Woche auch ein Therapeut benötigt wird, was eben sehr schwierig ist mit einer Stelle. Dass vielleicht doch diese Evaluation (...) ähm mehr in diesem Hilfsnetzwerk in einem Fall stattfindet, was ich auch vorhin schon gesagt habe, was ja zum Teil auch so läuft vermutlich. Und dass man dieses Evaluieren vielleicht einfach in einem größeren Rahmen macht.	Personeller Ausbau des therapeutischen Angebotes zur Angebotsvielfalt (Wahl zwischen 2 Therapeutenpersönlichkeiten) und zur höheren Frequentierung der Therapiestunden. Evaluation des therapeutischen Angebotes im größeren Rahmen	Entwicklungsbedarfe des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. Entwicklungsbedarf in der Evaluation des therapeutischen Angebotes	Hemmnisse, Spannungsfelder und Entwicklungsbedarfe Qualitätssicherung und Evaluation
4/23	Sie meinen also, die Evaluation sollte vielleicht noch breiter gestaltet werden. Alle die am Hilfeprozess beteiligt sind, sollten auch in die Evaluation einbezogen werden-Wohngruppe, ASD...wird ja eh einbezogen...Vormund, Kind und Jugendlicher, Einzelfallhelfer noch?	Beteiligung aller am Hilfeprozess beteiligten an der Evaluation	Entwicklungsbedarf bei der Evaluation	Qualitätssicherung und Evaluation

Nr./Frage	Aussage	Paraphrase	Kategorie	Hauptkategorie
5/1	Inwieweit kommen Sie als pädagogische Fachkraft dieser Wohngruppe mit dem therapeutischen Angebot des Heimverbundes überhaupt in Kontakt?			
5/1	Täglich. (...) Also ich betreue zwei Kontaktkinder hier in der Wohngruppe, die beide in dieses Angebot integriert sind. Und hatte auch schon vor diesen	Pädagogische Fachkraft der WG ist auch Kontakterzieher und kommt täglich/	Schnittstellen im Netzwerk	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessi

	<p>Kontaktkindern Kontaktkinder, die auch in dem Hilfeprozess bei der Frau Z. angebunden waren und wir da seit sehr langer Zeit zusammenarbeiten. Ja, also ich sehe es als festen Bestandteil schon, weil das bei meinen zwei Fällen, die ich betreue (...). Also das sind lange Hilfen, sind beides nicht Rückführungsideen sondern sind auf Betreuung von 18 Jahre oder darüber hinaus festgelegt. <u>Und deshalb ist das (das therapeutische Angebot) fester Bestandteil in diesem Prozess dort, wo man quasi täglich oder wöchentlich, so wie die Therapiezeiten immer bei beiden sind, involviert ist.</u></p>	<p>wöchentlich in Kontakt mit therapeutischem Angebot.</p> <p>Pädagogische Fachkraft der WG blickt auf lange Zusammenarbeit mit der Therapeutin zurück.</p>		<p>oneller Zusammenar beit im Netzwerk.</p>
5/2	<p>Ähm (...) in welchem Alter befinden sich diese Kinder und Jugendlichen, die dieses therapeutische Angebot in Anspruch nehmen?</p>			
5/2	<p>13 und 14 Jahre sind die, die ich jetzt habe. Also ich würde sagen, von 12 bis 16/ 17 Jahren sind so die.</p>	<p>Fachkraft sieht das therapeutische Angebot vor allem für Jugendliche zwischen dem 12. Und 17.LJ..</p>	<p>Zielgruppe des therapeutischen Angebotes (Alter)</p>	
5/3	<p>Welche Kinder und Jugendlichen haben denn überhaupt Zugang zum therapeutischen Angebot des Heimverbundes?</p>			
5/3	<p>Also soweit ich weiß alle, die bei uns in der stationären Unterbringung sind, die bekommen das. Ich weiß nicht, ob das aus den anderen Wohngruppen- oder Betreuungsformen, auch die Tagesgruppe, ob da auch Kinder bei der Frau Z. mit angebunden sind. Ich glaube, dass das eher für den stationären Bereich dient.</p>	<p>Therapieangebot wird ausschließlich von Kindern des KJF e.V. aus stationären Einrichtungen genutzt.</p> <p>Verständnis zum therapeutischen Angebot ist gut.</p>	<p>Zielgruppe des therapeutischen Angebotes</p> <p>Wissen der Fachkräfte über das Angebot</p>	
5/4	<p>Welche Erfahrungen haben Sie denn so bisher gemacht mit dem therapeutischen Angebot?</p>			
5/4	<p>Also wir haben ganz viele, wichtige</p>	<p>Therapeutischer</p>	<p>Hilfeanbahnung</p>	<p>Effekte der</p>

	<p>Themenfelder bei den Kontaktkindern schon bei der Aufnahme den Unterlagen entnommen. Und dann quasi mit der Freiwilligkeit der Kinder und der am Hilfeprozess beteiligten Sorgeberechtigten dann diese Genehmigung bekommen, dass die Frau Z. auch arbeiten darf und dass die Kinder auch dahin möchten. Es ist immer erst die Freiwilligkeit, das heißt man lernt sich kennen. Ähm (...) wir haben in dieser Zeit viele familiäre Situationen lösen können und besprechen können, wo es quasi zu Konflikten früher kam, die dann mit Frau Z. bearbeitet wurden, wo auch Anspannungen der Kinder gelöst wurden, dass dann auch zu Besuchsprojekten und -modellen geführt hat, die auch begleitet sind. Ein Projekt war auch, dass die Frau Z. einen extra Antrag gestellt hat für (...) eine Betreuung außerhalb dieser Maßnahme, also als betreuter Umgang mit Kind und Mutter.</p>	<p>Bedarf wird den Unterlagen zum Hilfebeginn (Sozialbericht) entnommen und geprüft im persönlichen Kontakt.</p> <p>Therapeutisches Angebot des KJF e.V. beruht auf Freiwilligkeit.</p> <p>Im Fall konnten dank der Therapeutin bereits familiäre Situationen und Konflikte geklärt werden. Dadurch Anspannungen der Kinder gelöst.</p> <p>Therapeutische Arbeit unterstützt Ermöglichung von Besuchskontakten bei der Familie oder betreuten Umgängen.</p>	<p>ng</p> <p>Prinzip der Freiwilligkeit</p> <p>Rollenverständnis der Therapeutin</p> <p>Einfluss der Eltern- und BZP-Arbeit auf die Gesundheit der jungen Menschen</p>	<p>therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure</p>
5/4	<p>Das lief eine Zeit lang erfolgreich. Die Kontakte waren da. Und dann gab es quasi weniger Kontakte. Das läuft dann manchmal aus in eine Phase, wo das (...) probiert wird, dass die Besuchskontakte dann wieder regelmäßiger durch Eigenständigkeit entstehen. Wo man dann vielleicht wieder mehr eingreifen muss und ranbringen muss. Ansonsten haben wir noch gute Erfahrungen gesammelt auch mit Einzelfallhelfern, die in Verbindung mit Frau Z. arbeiten.</p>	<p>Im Hilfeverlauf soll Familie zu mehr Eigenständigkeit angeleitet werden, auch hinsichtlich der Mitgestaltung der Besuchskontakte zum Kind.</p> <p>Gute Erfahrungen in der Netzwerkarbeit zwischen WG, Therapeutin und</p>	<p>Ziele des Hilfeverlaufs ist Empowerment des Familiensystems</p> <p>Netzwerkarbeit/Schnittstellen zwischen ambulantem & stationären Bereich</p>	<p>Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p>

		ambulanten Helfern im Fall.		
5/4	Also ich habe eine Klientin, die (...) von der Einzelfallhelferin zum Beispiel im Alltagsprozess in die Therapie begleitet wird. Also von der Schule oder Wohngruppe abgeholt wird und zur Therapeutin gebracht wird, weil diese Wegstrecke schon für das Mädchen schwierig ist. Die ist geistig behindert und sehbehindert und hat auch das "Hilfslos" im Ausweis stehen. Und da ist es wichtig, dass diese Kontakte stattfinden können, dass die regelmäßig dorthin kommt. Weil wir das Kind in dieser Intensivität nicht betreuen können, gibt es auch diese Einzelfallhilfe noch dazu, die uns da sehr gut hilft und auch an den Sachen mitarbeitet, die in Absprache mit Frau Z. und uns als Wohngruppe da auch die vom Jugendamt gestellten Ziele erarbeiten und umsetzen können. Dass also auch genug Förderung für das Kind gegeben werden kann.	Fälle, in denen ambulante, stationäre und therapeutische Hilfe implementiert wurde beim KJF (z.B. geistig behindert und sehbehindert). Ambulante Helferin unterstützt bei Wegstrecken zur Therapie. Zielbearbeitung im Netzwerk	Komplexe Hilfebedarfe Austausch zwischen Therapeutin, WG und ambulanter Hilfe Zielgruppe	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
5/5	Was denken Sie, in welchen Lebenslagen befinden sich diese Kinder und Jugendlichen, die dieses Therapieangebot nutzen?			
5/5	Es gibt kritische Lebenslagen, die ich auch kennengelernt habe, wo allerhöchste Eisenbahn war, dass dort an (...) gewissen Sachen gearbeitet wird oder diese betrachtet werden. Dass die Kinder jemanden haben, über diese Sachen zu sprechen. Ich habe aus eigener Erfahrung ganz oft hier mit dem Jungen, den ich noch betreue hier, die Erfahrung gemacht, dass er Sachen mir gegenüber nicht äußert. Das waren dann auch selbstgefährdende Gedanken, Verhalten dazu auch. Dass man mit	Kritische Lebenslagen bis hin zu selbstgefährdendem Verhalten „Langzeitbaustellen“ (Komplexität) Erfahrung der pädagogischen Fachkraft ist es, dass sich Kind mit selbstgefährdenden Gedanken und	Lebenslagen Austausch im Netzwerk bei Selbstgefährdung Therapieinhal	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure

	ihm dann auch dort bei der Frau Z. in dieser (...) Hilfe auch weitere Skills erarbeiten konnte, und nach Verhalten, generell gucken konnte, wie kann es zur Entlastung da kommen. Was hat es in der Familie erlebt und was sind das für Langzeitprojekte oder -baustellen, die bearbeitet werden müssen, die nicht weniger wichtig sind.	Verhalten nur in Therapie anvertraut hat. Erarbeitung von Skills, Entlastung des jungen Menschen,	te/ Rollenverständnis	
5/5	<u>Und eines der wichtigen Sachen ist immer, den Hintergrund im Auge zu bewahren, also was das Kind erlebt hat. Aus welcher Situation kommt das Kind? Es macht das nicht, um uns zu ärgern, sondern es ist eine Verhaltensweise. Und das wird mitunter ganz oft in diesem Setting Therapie durch Gespräche betrachtet und uns dann auch zurückgemeldet. Mit welchem Hintergrund ist denn manche Situation zu verstehen, wenn wir davon noch nichts wussten.</u>	Therapeutin setzt Verhalten des jungen Menschen in einen biografischen oder lerntheoretischen Gesamtkontext und koppelt diese Informationen mit den Erfahrungen der WG mit dem Betreuten. Interdisziplinäre Arbeit dient dem Fallverstehen.	Rolle und Aufgabe der Therapeutin im Netzwerk Interdisziplinäre Arbeit/ Supervision	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
5/5	Wie hilft Ihnen das als pädagogische Fachkraft?			
5/5	Sehr gut, da ich das dann immer wieder umlenken kann in Gesprächen mit den Kindern oder im Team auch Sachen auswerten kann, wenn so Sachen waren. Es ist mir besonders wichtig, das als obersten Blick zu <u>haben: Warum entstand die Situation? Es ist eine gute Balance für mich geworden, die Rückmeldungen, die wir aus Absprachen haben oder die die Kinder mitbringen aus Therapie, quasi das dann zu nutzen und dem Kind zu helfen.</u> Genauso wenn er hingeht, ihm auch mit auf den Weg zu geben: "Du hattest diese Woche Stress in der Schule, Stress hier. Vielleicht kannst du dich da noch einmal "auskotzen" und das mit ihr	Vertieftes Fallverständnis hilft pädagogischer Fachkraft in WG bei der Reflexion eigenen pädagogischen Handelns. Übertrag von Absprachen aus der Therapie in den WG-Alltag und Einbringung von Alltagsthemen und Impulsen in die Therapie.	Multiperspektivisches Fallverständnis Austausch im Netzwerk als Ressource für das Kind	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure

	(Therapeutin) besprechen. Um da einfach neutral wieder zu kommen.".			
5/6	Wer hat denn darüber entschieden, ob die Kinder oder Jugendlichen das Therapieangebot in Anspruch nehmen?			
5/6	Wir denke ich, denn wenn die Fallanfrage auf dem Tisch liegt, dann kriegt man schon mit, was wirklich wichtig ist, um dem Kind gerecht zu werden oder eine gerechte Betreuung zu geben. Und (...) ich würde es so einschätzen, dass wir das bei einer Aufnahme oder vor einer Aufnahme prüfen. So wie das Kind hier <u>da ist, zu sagen, den Anlass gibt es. Es kann auch sein, das Kind ist schon lange da und wir merken, es gibt nun kritische Lebenssituationen, wo das Kind etwas erfährt, wo wir merken, dass wir nicht weiterkommen und die Hilfe brauchen. Dass man sagt, wir geben das weiter, lassen das prüfen.</u> Und die Freiwilligkeit hat das Kind. Also die können nach einer Kennenlernphase auch sagen: "Nein, das ist uns nichts.". Da gab es auch schon Situationen, wo außerhalb ein externer Psychologe genommen wurde.	<p>Therapeutische Bedarfe werden durch die pädagogischen Fachkräfte gesehen und vor bzw. nach Hilfebeginn eingeschätzt.</p> <p>Therapeutische Bedarfe können auch erst im Hilfeverlauf entstehen, z.B. durch kritische Lebensereignisse.</p> <p>Pädagogische Fachkräfte sehen das Therapieangebot als Entlastung, wenn pädagogisches Wissen nicht mehr ausreicht.</p> <p>Nutzung des therapeutischen Angebotes beruht für Kind auf Freiwilligkeit. Nutzung externen Angebotes möglich.</p>	<p>Therapieentscheidung</p> <p>Hilfeeinbahnung</p> <p>Bedarfsanalyse</p> <p>Chancen multiprofessioneller Teams</p> <p>Nutzung externer Therapieangebote/ Offenheit im Netzwerk</p>	<p>Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess</p> <p>Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure</p>
5/7	Wie schnell kann die Therapie hier starten beim KJF e.V.?			
5/7	Kommt immer auf die Kapazitäten an. Ich weiß, derzeit ist es stark ausgebucht. Es muss sogar eher geprüft werden, welche Fälle da noch so zu Ende gebracht werden	Hoher Bedarf am therapeutischen Angebot und eingeschränkte Kapazitäten.	Hemmnisse	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe

	können. Ähm (...) aber mitunter ging das schon recht schnell in den Erfahrungen, die ich damals so gemacht habe.	Recht schnelle Therapieanbindung	Wartezeit auf Therapie beim KJF e.V.	
5/7	Ja, so ein Monat. Also wenn diese Kennenlernphase gut abläuft, dass das terminell alles gut passt, dann würde ich sagen, innerhalb von einem Monat ist auf jeden Fall von der Idee zum Kennenlerntermin, zu einem ersten Gespräch mit Betreuer und Sorgeberechtigten, mit Frau Z. so von einem Monat auszugehen.	Bei gelingender Terminierung ist Ersttermin und potenzielle Therapieanbindung 1 Monat nach Anfrage möglich.	Wartezeit und Therapieanbindung beim KJF e.V.	Potenzial des therapeutischen Angebotes
5/8	Okay. Haben Sie den Vergleich zu einer ambulanten Therapie? Und wissen Sie, wie lange es dort dauert?			
5/8	Aktuell ja. Es ist schwierig, überhaupt eine Rückmeldung zu bekommen. Ja, wir rufen an oder schreiben Emails. Aber aktuell, das ist pandemiebedingt noch ein riesen Faktor. Gerade sind die überfragt. Es gibt kaum welche, die freie Plätze haben. Und wenn man davon hört, dann empfiehlt man es Kollegen weiter. Weil wir auch hier in den Hilfemaßnahmen ganz viel Betreuungsbedarf psychologischer Herkunft haben. Und ja, das gibt man dann weiter. Und es ist halt wirklich gerade eine riesen Nachfrage. Was die Kinder da mitunter brauchen. Und manchmal ist es auch so, dass diese Eigenerkenntnis von Kindern und Jugendlichen auch gar nicht da ist. Dass das erstmal noch gar nicht so klar ist für die, dass sie so ein Lebensereignis gerade stämmen. In welcher kritischen Phase befinden die sich. Und da ist es quasi dann so, dass wir schon versuchen, die da einzubeziehen und die dahin zu bekommen, die Erkenntnis zu haben. "Okay, aus den und den	Rückmeldungen der ambulanten Therapeuten bleiben teilweise aus. Ambulante Therapeuten sind überfragt, kaum freie Therapieplätze Von Fachkraft wird erhöhter psychologischer/therapeutischer Bedarf bei jungen Menschen in WG wahrgenommen Motivationsarbeit und Aufschließung der jungen Menschen für Therapie erfolgt oft durch Fachkräfte, da Eigenerkenntnis der	Vergleich ambulante Therapie und Therapie des KJF e.V. (Wartezeit, Austausch) Erhöhter Therapiebedarf durch Coronapandemie Motivation und Aufschließung für Thema Therapie	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe

	Gründen geht es dir vielleicht so. Und das wäre eine Hilfe, wo wir dir schwer weiterhelfen und unterstützen können, dir das aber anbieten können.“	jungen Menschen oft noch nicht da ist.		
5/8	Sie leisten Motivationsarbeit?			
5/8	Richtig. Also das ist immer wieder auch in der Verbindung mit Frau Z., dass es manchmal auch Sachen gibt, wo die einen Erfolg gesehen haben lange Zeit und dann vielleicht merken "Brauche ich jetzt überhaupt noch die Hilfe?". Wo wir dann auch wieder auf die (Kinder/Jugendliche) zugehen und sagen: "Wir sehen, du hast vielleicht noch Bedarf. Aber wenn du im Moment nicht kannst oder möchtest, ist das in Ordnung.". Für solche Sachen gibt es auch Pausierungsideen und -modelle, an denen gearbeitet wird. Denn es ist kein Zwang. Und ich glaube, das ist auch das Wichtige, was die Kinder immer wieder wissen müssen.	An Eigenverantwortung der jungen Menschen appellieren und gute Übergänge schaffen, z.B. durch Pausierungsideen und -modelle. Es gibt keinen Zwang zur Therapie.	Empowerment der jungen Menschen, Pausierung der Therapie Freiwilligkeit zur Nutzung des Therapieangebotes, Flexibilität	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
5/9	Inwieweit werden denn Sie als pädagogische Fachkraft in diesen therapeutischen Prozess mit einbezogen? Ganz konkret!			
5/9	In meinen zwei Fällen schon recht gut. Telefonische Rücksprachen, Hilfeplantermine. Ich suche auch ganz oft den telefonischen Kontakt, wenn ich weiß, es sind besondere Ereignisse gewesen. Dass ich dann quasi mich rückversichere. Oder ich habe auch ganz oft fachliche Fragen, wo ich mein pädagogisches Handeln vielleicht professioneller gestalten will. Weil mir da manchmal Fachwissen fehlt, um zu wissen, wie kann ich umgehen mit der Thematik, die gerade aufgetaucht ist. Ja, da habe ich die Rückfragen. Ansonsten ist das wirklich (...). Also manchmal gibt es	Nach Einschätzung der Fachkraft recht guter Einbezug in Therapieprozess der Bezugskinder. Durch gemeinsame: Hilfeplantermine und Telefonische Rücksprachen, Fachgespräche, Schulgespräche Austausch mit Therapeutin wird durch pädagogische	Netzwerkarbeit und Einbezug pädagogischer Fachkräfte in Therapie Austausch Chancen des multiprofessionellen	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk

	zu diesem Modul auch Fachgespräche, die außerhalb vom Hilfeplan stattfinden, oder Schulgespräche.	Fachkraft initiiert, um pädagogisches Wissen mit therapeutischem Wissen zu erweitern oder zur Rückversicherung.	Teams	
5/9	Sind Sie auch schon ins Therapiesetting unmittelbar mit eingeladen worden? Dass es beispielsweise Dreiergespräche gab?			
5/9	Ja, das hatten wir auch schon in beiden Fällen. Und das ist auch, würde ich sagen, wenn man es auf das Jahr betrachtet, mindestens 1mal im Jahr ist das so.	Dreiergespräche mit jungen Menschen, WG-Bezugsbetreuer und Therapeutin	Einbezug Fachkraft in Therapie	
5/9	Mir ist da ganz viel dran gelegen, dass es nicht darum geht, was wurde konkret in der Therapie besprochen, sondern einfach das <u>Gefühl zu haben, dem Kind geht es gut. Sondern zu jonglieren, wenn man merkt, der hat vielleicht gerade weniger Motivation, ihm aufzuzeigen "Das und das hast du schon geschafft. Das ist bearbeitet worden.", um ihm in den Lebenslagen zu helfen.</u>	Bezugsbetreuer aus der WG leistet besonders in schwierigen Lebenslagen Motivationsarbeit Ressourcenfokus pädagogischer Arbeit	Einhaltung der Schweigepflicht trotz Austausch Ressourcenfokus	Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team
5/10	Sagen Sie, was denken Sie (...) woran orientiert sich die Dauer dieser gesamten therapeutischen Hilfe?			
5/10	Das ist unterschiedlich. Nach der Problematik, was an Hilfebedarf dasteht. Also welche Problemfelder sind da, wie schnell können die gelöst werden? Ganz viele familiäre Probleme sind auf lange Zeit nur lösbar, wenn die Familie auch mit in diese Therapie mit reingeht.	Einfluss auf die therapeutische Hilfedauer nehmen nach Einschätzung der pädagogischen Fachkraft: Hilfebedarf, Komplexität der Problemfelder	Einflussparameter auf therapeutische Hilfedauer	Einbindung der jungen Menschen und Familien im Hilfeprozess
5/10	Ja, Mitwirkungsbereitschaft zeigt. Und das wiederum ist in vielen Fällen, was man so kennt, manchmal die Bremse, die wirklich diese Therapiezeit verzögert. Hätte die Familie da vielleicht doch mehr	Mitwirkungsbereitschaft des familiären Umfeldes ist großer Parameter zur Verkürzung der Therapie des jungen	Problemverstehen im familiären Kontext	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess

	Ansinnen, dem Jugendlichen zu helfen und dahinterzustehen, dann würde ich vermuten, könnte man mitunter manche Problemfelder schneller bearbeitet haben.	Menschen Elternarbeit oft schwierig	Elternarbeit	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
5/11	Welche Bedeutung hat die Eltern- und Bezugspersonenarbeit in dieser therapeutischen Arbeit?			
5/11	Ich finde, eine wichtige! (...) Wie wir es immer so kennen, die Kinder stehen immer zu ihren Eltern, egal in welcher Lebenssituation. Und (...) ich finde es ganz wichtig, dass die Beziehung dort gefestigt wird. Dass man aber auch Rückmeldungen gibt, was war wirklich nicht in Ordnung und woran muss man perspektivisch gut dran arbeiten. Und das dem Kind auch spiegeln. Ich möchte da keinen Keil in die Familie schmeißen. Mein oberstes Ziel ist es, wenn das möglich ist, eine stabile Familienbeziehung zu halten, dass die gute Kontakte haben, auch mit Beurlaubungskonzepten gut umgehen können. In meinen Fällen zwar gerade nicht möglich, aber von Rückführungsideen bin ich immer ganz großer Freund. Von Anfang an zu gucken, ist eine Rückführung/ Rückkehr möglich in die Familie. Und da dran über diese therapeutischen Ziele zu arbeiten. Was auch den Punkt vorher betrifft, diese Mitwirkungsbereitschaft als wichtig zu äußern und den Eltern genauso die Motivation zu geben, damit das Kind zurückkann. Und an diesen Zielen gemeinsam zu arbeiten. Und das bietet sich immer gut an, das therapeutisch quasi gut zu erarbeiten.	Wichtige Bedeutung der Elternarbeit in therapeutischer Arbeit, um Eltern-Kind-Beziehungen, Familienbeziehungen zu stärken und Bedingungen für Kontakte wie Beurlaubungskonzepte zu schaffen. Kinder stehen immer zu ihren Eltern. Bedingungen zur Rückführung schaffen und Eltern Potenziale des Elternverhaltens spiegeln und Mitwirkungs-Motivationsbereitschaft fordern. Verknüpfung therapeutischer Ziele mit Rückführungsidee. Gemeinsame Zielverfolgung im Gesamthilfeverlauf von pädagogischen und therapeutischen Zielen	Bedeutung der Eltern- und BZP-Arbeit Rollenverständnis der pädagogischen Fachkraft in der WG Rückführungs-idee Vernetzung therapeutischer und pädagogischer Ziele	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
5/12	Wie wird das gelebt, was denken Sie? Wie wird das in diesem			

	therapeutischen Angebot gelebt, der Einbezug der Bezugspersonen und Eltern?			
5/12	Also wie ich das mitbekommen habe, ist das immer ein hohes Gut. Also ich sehe das als wichtigen Punkt, den auch die Therapeutin da immer mit prüft und einen guten Blick drauf hat. Manchmal müssen wir jonglieren, wo wir sagen: "In dem jetzigen Moment vielleicht noch nicht. Vielleicht ist Familie später dran.". Dann sind wir aber im Austausch und können das auch uns so sagen. Aber ich finde, dass sie da immer einen guten Blick darauf hat, zu sagen: "Die Familie als Standpunkt oder Pfeiler für das Kind muss einbezogen sein.". Und sie arbeitet, finde ich, immer gut daran, das zu ermöglichen, dass das dort eine gute Beziehung oder Bindung wieder gibt.	Therapeutin arbeitet unter hohem Einbezug der Familie, um gute Beziehungen/ Bindungen zu ermöglichen. Elter- und BZP-Arbeit als hohes Gut. Die Familie als Standpunkt und Pfeiler muss einbezogen sein.	Wahrnehmung von Einbezug der BZP und Eltern in der Therapie	Einbindung junger Menschen und Familien in den Hilfeprozess
5/13	Was bedeutet für Sie persönlich Netzwerkarbeit?			
5/13	Ja, die Netzwerkarbeit ist quasi das, dass für mich ein großer Träger hier als freier Träger besteht, der sich über ganz viele Jahre professionell aufgestellt hat und die Netzwerkarbeit schon intern ein sehr großes Feld ist. Also wir haben so viele Hilfsmodelle oder -ideen, die genutzt werden können vom stationären Bereich ausgehend überall hin. Und die Netzwerkarbeit geht aber trotzdem auch trägerübergreifend nach außen- also in Richtung Stadt Chemnitz Jugendamt, Einzelfallhelfer von anderen Projekten. Wir arbeiten mit anderen Trägern auch zusammen, was so Gruppenarbeiten sind, wo Jugendliche hingehen. Für mich bedeutet die Netzwerkarbeit auch die die Arbeit über unseren	Netzwerkarbeit ist schon trägerintern ein großes Feld wegen vieler unterschiedlicher Hilfebereiche (ambulant, stationär, therapeutisch, familientherapeutisch etc.). Trägerübergreifende Kooperation mit ASD Chemnitz und Fachkräften anderer Träger, d.h. Nutzung von Gruppenangeboten außerhalb des KJF	Verständnis von Netzwerkarbeit intern Angebotsvielfalt Netzwerkarbeit extern, offenes Netzwerk	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk

	eigenen Träger hinaus. (...) Und ich habe da viele gute Erfahrungen auch schon gemacht, dass es da hier in Chemnitz schon ein gutes Angebot auch gibt, was man nutzen kann.	e.V. Gute Vernetzung in Chemnitzer Helfelandschaft	Chemnitzer Helfelandschaft	
5/14	Wie genau läuft denn der Fachaustausch zwischen Ihnen, als pädagogische Fachkraft, hier in der Wohngruppe, der Therapeutin, dem ASD, anderen Kollegen aus der Wohngruppe. Wie läuft dieser interne Austausch?		Austausch im Gesamtnetzwerk	
5/14	Austausch (...) wir haben unter den Kollegen regelmäßige Teamberatungen, wo wir gemeinsam an Zielen, die mit der Therapeutin besprochen worden oder auch im Hilfeplan gesprochen worden, unseren Leitfaden weiterentwickeln oder unser weiteres Vorgehen besprechen. Weil das situationsabhängig ist. Jeder Tag ist anders.	Regelmäßiger Austausch unter pädagogischen Fachkräften der WG in 14-tägigen Teamberatungen. Handlungsleitfaden wird nach Absprache mit ASD und mit Therapeutin entworfen zur gemeinsamen Zielerreichung.	Austausch in Teamberatungen	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
5/14	14-tägig. Also mindestens zweimal im Monat. Wenn es ein längerer Monat ist, dann sind es auch manchmal 3 Teamberatungen in einem Monat drin. Aber meistens 2 Teamberatungen im Monat, die auch sehr wichtig sind für uns, weil es zu jedem Kind immer ganz viele Situationen gibt. Und da stehen wir so im Austausch. Wir als Kollegen, wenn wir uns nicht sehen, haben das Dokumentationsprogramm DARWIN. Da werden Alltagssituationen dokumentiert, sehr ausführlich und meinungsfrei dokumentiert. Es ist für uns wichtig, dass wenn wir in den Dienst kommen und uns nicht sehen oder nach einer langen Urlaubs- oder Krankenzzeit einfach	Teamberatungen 2-3x im Monat Übergaben und Austausch im WG-internen Netzwerk aus pädagogischen Fachkräften ist wichtig und erfolgt über persönlichen Austausch oder Dokumentation. Situationsanalysen bestimmter Alltagssituation mit	Frequentierung der Teamberatungen Dokumentation als qualitätsförderndes Merkmal	Qualitätssicherung und Evaluation Bedeutung und

	<p>wissen, was los war. Und dann können wir das prüfen. Das ist auch Grundlage. Das werten wir dann auch immer mal mit aus. Also Situationen, die man dann mit der Frau Z. nochmal bespricht. Wenn man das gelesen hat über den Klienten. Dann versichere ich mich zurück, dass vielleicht über das Problem, was dann in der Woche hier war, gesprochen wurde oder nicht. Also ich suche dann den telefonischen Kontaktaustausch zur Frau Z. als solches Modul. Dokumentation ist ein Baustein. Allgemein auch Alltagsgespräche, wenn Kollegen da sind. <u>Und Telefonate mit dem Amt. Wenn wirklich wichtige Krisenfälle sind, dann ist wirklich immer ein Telefonkontakt zu allen am Hilfeprozess Beteiligten möglich. Auch Schule und Horteinrichtungen sind dann mit betroffen, die wir informieren.</u></p>	<p>dem jungen Menschen möglich mit Therapeutin.</p> <p>Telefonischer Austausch zwischen Kontaktbetreuer und Therapeutin, persönliche Gespräche mit Kollegen, Telefonate mit ASD, Austausch mit Schule und Hort</p> <p>Austausch in Krisen ist zu allen Hilfebeteiligten möglich.</p>	<p>Austausch, Supervisorischer Charakter</p> <p>Austausch in Krisensituationen</p>	<p>Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p>
5/14	Ist denn Frau Z. als Therapeutin immer mit in diesen Teamberatungen dabei?			
5/14	Wir laden sie nicht immer ein, aber wir versuchen es zumindest 1mal im Monat. Wir hatten jetzt durch die Pandemiezeit immer wieder Probleme, aber bei uns ist das eigentlich so angesehen, mindestens 1mal im Monat oder aller 2 Monate. Es kommt natürlich darauf an, wie viele Fälle wir so haben. Jetzt haben wir aktuell bei uns hier 2 Fälle- meine 2 Kontaktkinder- die sind bei ihr angebunden. Genau, wir laden sie dann immer so mit in die Teamberatungen ein. Und tauschen dann dort aus, was wir beobachtet haben, was sind vielleicht neue Ziele, die wir noch im Blick behalten sollten, wo man dran arbeitet, vielleicht auch die	<p>Therapeutin wird meist 1x pro Monat oder mind. 1x aller 2 Monate zur Teamberatung eingeladen.</p> <p>Austausch in Coronazeit erschwert.</p> <p>Therapeutin hat pädagogische Ziele des jungen Menschen und des</p>	<p>Netzwerkarbeit Einbezug Therapeutin in Teamberatungen der WG</p> <p>Einfluss der Coronapandemiezeit auf Netzwerkarbeit und Austausch</p> <p>Lebensweltorientierung Netzwerkarbeit</p>	<p>Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess</p>

	<p>Familie. Es ist auch ganz oft so, um diesen Familienkomplex mit voranzutreiben ist es dann auch so, dass wir von der Therapeutin erfahren, dass wir die Familie noch ein bisschen mehr motivieren müssen, um als Netzwerkarbeit zu fungieren. "Wir alle finden das und das wichtig." und müssen dort quasi die Familie mit einbeziehen.</p>	<p>Familiensystems im Blick. Bedarfe werden im multiprofessionellen Team diskutiert.</p> <p>Therapeutin gibt Fachkräften der WG Impulse, Netzwerkarbeit zu betreiben.</p>	<p>ntierung</p>	
5/15	<p>Ist denn die Therapeutin bei den Hilfeplangesprächen immer mit dabei?</p>			
5/15	<p>Ja! Also außer bei Krankheit. Aber sie ist eigentlich in den Fällen, die ich kenne, immer mit eingeladen und sitzt dort mit.</p>	<p>Außer in Krankheitsfällen ist Therapeutin immer ins Hilfeplangeschehen involviert.</p>	<p>Teilnahme der Therapeutin am HPG</p>	
5/15	<p>Wie empfinden Sie das, dass die Therapeutin ebenfalls am HPG teilnimmt?</p>			
5/15	<p>Gut! Gut! Ich finde das sehr wichtig und gut, weil sie auch therapeutisch Sachen begründen kann dort in diesem Hilfeplan. Ich hatte sie in meinem Fall über die Hilfeplangespräche hinaus auch zu Krisengesprächen in der Schule mit dabei. Wo sie therapeutisch begründet, Verhaltensweisen darlegen konnte, die dort eigentlich sehr wichtig waren, zu erläutern, die ich sonst so gar nicht beobachten kann aus meiner Betreuerfunktion. Ich könnte es nur weiterbringen, aber es ist immer wichtig, wenn die Therapeutin mit am Tisch sitzt und dann solche Sachen mit erklären kann. Wo kommt was her und aus welchem Sichtpunkt muss man dann auf das Kind achten. Also da habe ich schon mit der Frau Z. viele solcher Gespräche gehabt und kann da nur sagen, dass ich da sehr gut Zusammenarbeit gefunden</p>	<p>Therapeutin wird von pädagogischer Fachkraft im HPG als unterstützend wahrgenommen, da sie Sachen therapeutisch begründen/bekräftigen kann.</p> <p>Therapeutin sorgt durch therapeutischen Blick für tieferes Fallverstehen im Fall und kann dies fachlich gut darstellen im HPG mit allen Beteiligten.</p> <p>Pädagogische Fachkraft beruft sich bei Unklarheiten auf</p>	<p>Chancen multiprofessioneller Arbeit im Hilfeplanverfahren</p> <p>Grenzen pädagogischen Wissens und Chancen der Multiperspektive</p> <p>Entlastung der pädagogischen Fachkraft durch</p>	<p>Potenziale des therapeutischen Angebotes</p>

	Sachen versuchen sollten umzusetzen und zu beschleunigen. Sie hat schon Recht, aber manchmal stresst es schon.	Therapeutin übt auch Kontrolle aus.	dnis	
5/16	Und da versuche ich, den Mittelweg zu suchen und zu finden. Auch ihr rückzumelden, ich sehe das als wichtigen Punkt, aber ich versuche es über Kleinschrittigkeit. Es ist auch nicht übertrieben zu sehen, dass sie das schnell umgesetzt sehen will. Sondern man muss schon sehen, dass sie das erinnernd an uns zurückgibt, dass das nicht in Vergessenheit gerät. Und manchmal ist das von mir einfach nur (...) wo ich das in der jetzigen Zeit als stressig empfinde. Weil viele Punkte da noch drum herum sind, die mitbearbeitet müssen, wo für mich der Fokus gerade noch liegt.	Therapeutin kann auch als „erinnernde Kontrollfunktion“ agieren und möchte Umsetzung wichtiger Hilfebedarfe beim jungen Menschen (z.B. Selbstständigkeit) durch WG-Fachkräfte unterstützt wissen.	Vernetzung als Chance zur Zielerreichung	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
5/17	Wie groß schätzen Sie denn die Erfolgsquote einer Rückführung der Kinder und Jugendlichen ins Elternhaus ein im Zuge dieser therapeutischen Arbeit auch?			
5/17	Es ist ganz unterschiedlich. Ich habe mit der Frau Z. auch schon einen Klienten, den wir zurückgeführt haben. Es kommt auf die Grundvoraussetzung an, wie der Fall ist, wie die Mitwirkungsbereitschaft der Familie ist...es ist ein riesen Komplex. Haben die überhaupt das Interesse, das Kind wieder zu nehmen? Manchmal gibt es in solchen Fällen dann auch eine völlig andere Familienrolle, die das Kind zurücknehmen würde oder will. Wo man sagt, es geht gar nicht zu der Familie zurück. Aber in Verbindung mit der Frau Z. hatte ich schon einen Fall, den wir zurückgeführt haben, der auch immer noch in Familie ist und nicht	Erfolg der Rückführung ist vor allem abhängig von: Mitwirkungsbereitschaft der Familie im Hilfeverlauf Manchmal ist Rückführung nicht möglich. Bereits positive Erfahrung mit Rückführung eines jungen Menschen im gemeinsamen Fall.	Einflussparameter auf Erfolgsquote der Rückführung	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure

	wieder in eine Hilfe gegangen ist, wo wir ganz viel (...) Positives dort geschaffen haben.			
5/18	Was denken Sie, was unterscheidet dieses therapeutische Angebot des Heimverbundes des KJF e.V. maßgeblich von einem herkömmlichen, ambulanten Angebot?			
5/18	Ich denke, dieses trägerinterne Netzwerk und Langzeiterfahrungen, viele Kinder dorthin vermittelt haben zu können und schon in vielen Fällen mit ihr (Therapeutin) gearbeitet zu haben. Man kennt sich, man weiß, wie man arbeitet und vertraut aufeinander. Also Vertrauen ist für mich da auch eine große Sache. Auch Aufgabenabgabe manchmal, wo ich dann auch sage, es ist überbelastend für mich...an dem Themenfeld können Sie als Therapeutin da noch einmal mit der Familie in Kontakt treten. Was ich vielleicht von außerhalb mich nicht trauen würde.	Vorteile Therapieangebotes des KJF e.V.: Trägerinterne Vernetzung schafft Transparenz und Vertrauen in der Zusammenarbeit, pädagogische Fachkraft traut sich aufgrund des gewachsenen Vertrauens, Überforderungstendenz anzuzeigen und Aufgaben abzugeben (Aufgabenteilung)	Vergleich ambulante Therapie und Therapie des KJF e.V. Vorteile der Therapie des KJF e.V.	Potenziale des therapeutischen Angebotes Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
5/18	Ja, und man gibt sich den Ball schon immer mal wieder hin und her. Das würde ich schon als ziemlich großes Plus bewerten, unter dieser Maßgabe, dass wir das hier so im therapeutischen Setting haben. Und ich denke auch, was diese Wichtigkeit darstellt, dass die Kinder (...) quasi von Anfang an auch wissen, dass es trägerintern eine Therapeutin gibt. Manche werden durch viele Hilfesysteme schon gelaufen sein und haben auch schon Erfahrungen mit Therapeuten- dann meistens externe Therapeuten. Wo wir denen sagen können: "Probiere es. Ein Kennenlerngespräch.". Also wo wir mit denen schon ins Gespräch	Austauschen Ball hin- und hergeben junge Menschen haben oft bereits viele Hilfen durchlaufen und sind ggf. „therapiemüde“ Therapeutisches Angebot des KJF e.V. wird als „Lösung in der Hinterhand“ gesehen	Austausch Therapiemüdigkeit Schnelle Hilfeanbahnung	Potenziale des therapeutischen Angebotes

	kommen kann. Mancher braucht sofort schon eine Hilfe und mit manchen bringt man es auf den Weg, dass man schon eine Lösung in der Hinterhand hat. Das ist den Beteiligten wichtig, zu wissen, da gibt es etwas.			
5/18	Ja, wenn diese Plätze so frei sind. Aber ich denke, dass das schon für die Eltern oder Sorgeberechtigten ein guter AHA-Moment ist bei Aufnahmen oder in Situationen, wo es dann um die (therapeutische) Hilfe geht. (...) Ein riesen Pluspunkt zum externen Therapeuten ist die Regelmäßigkeit, die eine Frau Z. mit den Kindern hat. Einmal mindestens in der Woche Kontakt zu haben. Externe Psychologen, ich müsste lügen, sind wahrscheinlich eher alle zwei Wochen für eine Stunde. Also ich sehe das als (...) um diesen Prozess bei den Kindern zu verkürzen oder an Themenfeldern intensiv zu arbeiten und sich wöchentlich zu sehen, als absolut wichtigen Punkt. Das ist vielleicht auch so das, was es ausmacht- diese Regelmäßigkeit, die da gegeben werden kann.	Vorteil der Therapie beim KJF e.V.: KJF e.V. wird durch breit aufgestelltes Angebot auch attraktiv in der Gesamthilfelandchaft	Chancen des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie Potenzial des therapeutischen Angebotes
5/19	Gibt es noch etwas, was Sie sich wünschen würden für dieses therapeutische Angebot? Vielleicht auch noch Potenziale, die Sie sehen, die noch nicht ausgeschöpft worden sind?			
5/19	Ja, eigentlich eine zweite Therapeutin. Dass man im Falle von Krankheit, längeren Urlauben, Kur jemanden hat, der vielleicht weiterarbeiten kann oder einspringen kann. Denn dann haben wir Erfahrungen gesammelt dahingehend, dass Krankheit, Urlaub einfach dazugehört. Das ist aber manchmal für die Kinder	Wunsch nach personellem Ausbau des therapeutischen Angebotes Therapeutische Vertretung kann bei Krankheit, längeren	Entwicklungsbedarfe des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe

	schwierig, so eine Pause. Oder auch wenn wir das jetzt nicht ermöglichen können, so einen Termin abzudecken, dann ist das Kind quasi in einer "Pausenfunktion".	Urlauben oder Kur nicht gewährleistet werden für das Kind. Es kommt zur „Pausenwirkung“, d.h. therapeutische Bedarfe können nicht abgedeckt werden.		
5/19	Und wenn uns das gelingt, diese Pausenwirkung zu verhindern, diese Regelmäßigkeit- die so wichtig ist- zu maximieren, dann ist das denke ich für die Sache gut. Und ich denke auch, wenn man so eine zweite therapeutische Person im Netzwerk hat, dass man dann noch mehr Hilfe geben kann für das KJF. Vielleicht auch über den stationären Bereich hinaus. Obwohl ich jetzt nicht genau weiß, ob Frau Z. auch Kinder betreut, die aus ambulanten Hilfen kommen. Ich bin mir nicht ganz sicher.	Wunsch nach Ausweitung des therapeutischen Angebotes für Kinder und Jugendliche aus dem ambulanten Bereich.	Entwicklungsbedarf des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
5/19	Das bedeutet, Sie könnten sich vorstellen oder würden sich wünschen, dass auch Kinder aus ambulanten Hilfsangeboten des KJF e.V. Zugang zu diesem therapeutischen Angebot haben?			
5/19	Wenn man da personell so aufgestellt wäre.	Ausweitung auf ambulanten Bereich durch 2. Therapeuten.		

Nr./Frage	Aussage	Paraphrase	Subkategorie	Hauptkategorie
6/1	Wie kam es zur Entstehung des therapeutischen Angebotes? Können Sie mir einmal von den Anfängen berichten?			
6/1	Dieses therapeutische Angebot ist aus dem Bedarf heraus entstanden. Äh...aus dem Bedarf heraus, dass Kinder in schwierigen Lebenssituationen und Lebenslagen auch oft psychische	Therapeutisches Angebot ist aus Bedarf entstanden, nachdem festgestellt wurde, dass pädagogische	Hintergrund zur Entstehung des Therapieangebotes des KJF	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure

	<p>Besonderheiten und psychische Störungsbilder mitbringen, mit denen diese pädagogische Ausrichtung/ pädagogische Fachkräfte oft an ihre Grenzen kommen. Und um aber ganzheitlich an den Besonderheiten arbeiten zu können und zielgerichtet und erfolgsorientiert den Kindern helfen zu können, ist dieses therapeutische Angebot entstanden, um auch auf die psychischen Besonderheiten und die Bedarfe der Kinder aus dieser Sicht heraus eingehen zu können.</p>	<p>Fachkräfte in Arbeit mit jungen Menschen in schwierigen Lebenslagen und mit psychischen Auffälligkeiten an ihre Grenzen kommen.</p> <p>Ziel: multiprofessionelle, ganzheitliche und dennoch zielgerichtete Arbeit an den pädagogischen und therapeutischen Bedarfen der jungen Menschen.</p>	<p>e.V.</p> <p>Chance des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.</p>	
6/2	Okay, wann entstand dieses Angebot?			
6/2	Dieses Angebot gibt es jetzt seit nunmehr 9 Jahren. Also ist schon eine ganz schöne lange Zeit	Vor 9 Jahren.	Entstehung des Angebotes	
6/3	Welche Kinder haben denn Zugang zum therapeutischen Angebot des Heimverbundes des KJF e.V.?			
6/3	Also zu diesem Angebot haben Kinder Zugang, die bei uns in Wohngruppen untergebracht sind. Unser Verein hat also mehrere Wohngruppen, 7 Wohngruppen. Und Kinder, die in diesen Wohngruppen sind und diese besonderen (therapeutischen) Bedarfe aufweisen, und das sind eine ganze Menge von diesen Kindern...	<p>Kinder und Jugendliche mit therapeutischem Bedarf (psychischen Auffälligkeiten) aus dem stationären Bereich des KJF e.V. haben Zugang.</p> <p>7 Wohngruppen</p>	Zielgruppe des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
6/4	Okay. In welchem Alter befinden sich Ihre Patienten und Patientinnen? Also in welchem Alter sind die Kinder und Jugendlichen, die hier in diese Therapie kommen?			
6/4	Also aktuell, oder ...sind es Kinder,	Zugang für Kinder	Zielgruppe	

	<p>die so größtenteils sich im Alter von vier, fünf bis zwanzig Jahren befinden. Also die ganze Bandbreite. Je früher die Kinder kommen, desto besser ist es. Ja, umso besser ist es, da noch einzusteigen oder Therapie anzubieten. Ähm... aber wir haben also Kinder in allen Altersgruppen in unseren Wohngruppen. Die haben also alle bei Bedarf Zugang zu diesem therapeutischen Angebot.</p>	<p>der Wohngruppen in allen Altersgruppen.</p> <p>Kinder und Jugendliche von 5 Jahren bis 20 Jahren befinden sich aktuell im therapeutischen Angebot.</p> <p>Therapiestart in jüngeren Lebensjahren oft erfolgsversprechend</p>	(Alter)	
6/4	Gibt es ein Altersspektrum, bis wann Kinder hierher kommen dürfen?			
6/4	<p>Also es ist nicht genau ans Alter gebunden. Die Kinder können kommen, solange sie sich in einer WG befinden.</p> <p>Meist sind ja die Kinder bis 20, maximal 21 in der WG. Das sind aber schon Ausnahmefälle, da sehr viele Kinder mit 18, spätestens 19 Jahren unsere Wohngruppen verlassen und in eigenen Wohnraum ziehen</p>	<p>Nutzung ist nicht an das Alter gebunden sondern an die Anbindung an WG.</p> <p>Meist Verbleib der jungen Menschen bis max. 21. LJ. I.d.R. aber bis zum 18.LJ..</p>	Zielgruppe	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
6/5	Wie sieht es denn derzeit aus mit der Nachbetreuung dieser Kinder und Jugendlichen, wenn die aus der WG ausziehen? Gibt es eine therapeutische Nachbetreuung?			
6/5	Ja, dieses Problem hat sich also im Zuge der Evaluation dieses Projektes, was also auch aller zwei Jahre evaluiert wird, hat sich so ein Stück herausgestellt, dass es also auch günstig wäre, ein gewisses Kontingent an Nachbetreuung für die Kinder und Jugendlichen bereitzuhalten. Bisher war es so, dass die Kinder also dann entweder an ambulante Therapeuten weiterführend überführt worden...ja?! Oder dass Therapien	<p>Evaluation des therapeutischen Angebotes findet aller 2 Jahre statt.</p> <p>Evaluation hat Potenzial der therapeutischen Nachbetreuung für Kinder und Jugendliche nach Beendigung der stationären Hilfe</p>	<p>Entwicklungsbedarf des therapeutischen Angebotes Nachbetreuung</p> <p>Ergebnisse der Evaluationen</p>	<p>Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe</p> <p>Qualitätssicherung und Evaluation</p>

	<p>erstmal beendet werden. Und es wird geschaut, wie die Kinder ihr Wissen, was sie in der Therapie erworben haben, dann im Alltag selbst anwenden können. Mittlerweile hat sich aber durch die Erfahrungen über die Jahre herausgestellt, dass es eben schon günstig wäre, auch...gerade bei Traumatherapien, Kinder und Jugendliche nicht aus der Therapie herauszureißen- Therapiewechsel, Therapeutenwechsel.</p>	<p>aufgezeigt, um Therapeutenwechsel zu vermeiden und Anwendung der erarbeiteten Strategien im familiären Alltag zu begleiten.</p> <p>Übergabe an ambulante Therapeuten ist möglich.</p>		
6/5	Durch den Auszug aus der Wohngruppe, der dann käme?			
6/5	<p>Ja, genau. Und dass also momentan die Überlegung besteht, also so zwei bis drei Plätze insgesamt für Nachbetreuung in Zukunft/ zukünftig zur Verfügung zu stellen. Das sind aber Erfahrungswerte, die wir also über diese Jahre gewonnen haben. Und diese Erfahrungswerte wollen wir jetzt demnächst umsetzen. Und die Anfrage kam eben auch ganz explizit vom Jugendamt, dass das Jugendamt sich also wünscht, dass diese Plätze für Nachbetreuung zur Verfügung stehen, da sehr viele Eltern und Jugendliche, die sich hier bei mir in Therapie befinden, den Wunsch auch geäußert haben. Ich habe es immer so gehandhabt, dass die Kinder und die Eltern, wenn sie die Therapie hier verlassen, noch zwei Beratungsgutscheine bekommen. Das heißt, sie können also noch zweimal mit diesem Gutschein, auch wenn sie im eigenen Wohnraum sich befinden schon, nochmal herkommen. Oder die Eltern können auch noch einmal zur Beratung herkommen und können sich hier noch einmal</p>	<p>Auszug aus der WG ist gleichbedeutend mit Beendigung der Therapie.</p> <p>Schaffung von 2-3 Nachbetreuungsplätzen im therapeutischen Angebot wird angestrebt auf Wunsch der jungen Menschen und Familien und des ASD.</p> <p>Indirekte Nachbetreuung ist bisher in sehr geringem Umfang durch 2 Beratungsgutscheine an Kinder, Jugendliche und Eltern durch die Therapeutin erfolgt. Beratungen durch Therapeutin dienen ggf. auch noch</p>	<p>Therapiebedingungen</p> <p>Konkrete Überlegungen zur Umsetzung der Evaluationsergebnisse</p> <p>Nachbetreuung</p> <p>Beratungsgutscheine</p>	<p>Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarf</p>

	beraten lassen, oder können sich auch nochmal Informationen holen, wo kann ich mich jetzt weiter hinwenden. Weil sie da auch oft sehr überfordert sind- unsere Klienten und unsere Eltern.	einmal dazu, Informationen zu anderen, geeigneten Hilfestellen zu geben.		
6/6	Wie oft kommen denn die Kinder und Jugendlichen zu Ihnen? Das bedeutet auch im Speziellen, welchen zeitlichen Umfang umfasst denn so eine Therapiestunde bei Ihnen?			
6/6	Also die Therapiestunde umfasst einen zeitlichen Umgang von einer Stunde. 60 Minuten. Das ist also gegenüber der ambulanten Therapie ein kleines bisschen mehr. Aber die Kinder, glaube ich, genießen auch immer sehr die Spielzeiten in der Therapie. Und unsere Kinder aus der Jugendhilfe sind ja natürlich sehr bedürftig in dieser Hinsicht und haben da sehr viel auch aus ihrer Anamnese heraus nachzuholen. Von daher geht bei uns/ geht bei mir eine Therapiestunde 60 Minuten. Die Kinder kommen einmal wöchentlich zu mir. Und es finden außerdem noch Bezugspersonenstunden mit Netzwerken der Kinder statt.	Therapiestunde umfasst zeitlichen Umfang von 60 Minuten. Vor allem um Kindern und Jugendlichen aus deren Bedürftigkeit heraus die Spielzeit am Ende der Therapiestunde zu ermöglichen. Therapie meist 1xpro Woche + BZP-Stunden mit Netzwerk der Kinder und Jugendlichen.	Zeitlicher Umfang einer Therapie und Frequentierung der Therapiestunden Vergleich der ambulanten Therapie und Therapie des KJF e.V.	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
6/6	Die finden extra noch statt zum großen Teil. Außerhalb dieser Zeit, ja. In Krisensituationen ist es also auch möglich, dass ein Kind wöchentlich zweimal die Therapie besucht. Also gerade bei Tod von Elternteilen oder bei selbstverletzendem Verhalten ist auch die Möglichkeit, oder aggressives Verhalten in der Wohngruppe, dass die Kinder auch zweimal kommen. Aber in der Regel ist es so wie im ambulanten Bereich, dass die Kinder einmal pro Woche die Therapie besuchen.	BZP-Stunden finde zusätzlich zu den Stunden für die Kinder und Jugendlichen statt. In Krisensituation ist flexible Frequentierung der Therapiestunden möglich, sodass Kind oder Jugendlicher 2x pro Woche kommen darf, je nach Wunsch und Bedarf.	BZP- Arbeit Flexibilität bei der Frequentierung Gemeinsamkeit ambulante Therapie und Therapie des KJF e.V.	Potenziale des therapeutischen Angebotes Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess

6/7	Sie hatten das zwar schon ein bisschen angesprochen, aber in welchen Lebenslagen befinden sich denn die Kinder und Jugendlichen sowie die Familien, die hier zu Ihnen kommen in die Therapie?			
6/7	Ja, das sagt ja schon der Umstand, dass es also Jugendhilfefamilien und -kinder sind, die also teilweise schon schwerste traumatische Erfahrungen haben. Die also aus der Anamnese heraus schon über Dispositionen sehr ungünstige Bedingungen haben. Familien, die aufgrund ihres Sozialstatus` am unteren Ende der Gesellschaft also leben müssen. Das sind Familien zum großen Teil, wo es also psychische Störungsbilder beider Eltern oder eines Elternteils vorhanden ist/ sind. Was sich natürlich auch auf die Kinder auswirkt. Die Kinder sind ja in einer WG, da die Bedingungen in der Familie nicht für eine gesunde und positive Entwicklung der Kinder geeignet waren. Also sagt das schon ein Stück darüber aus, was das für Fälle sind, die also in diesem Setting, in der Jugendhilfe bearbeitet werden.	Kinder und Familienangehörige haben teilweise: Schwerste traumatische Erfahrungen gemacht, verfügen über ungünstige Dispositionen, leben aufgrund des Sozialstatus am unteren Ende der Gesellschaft, psychisch kranke Eltern WG-Unterbringung, da keine geeigneten Bedingungen zur gesunden Entwicklung der Kinder in Familie.	Lebenslagen der Kinder, Jugendlichen und Familien aus der Jugendhilfe	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
6/7	Das sind also sehr komplexe Fälle mit großen...äh... in denen eine Netzwerkarbeit eine sehr große Rolle spielt. Das sind auch sehr komplexe Fälle mit sehr viel komorbiden Störungsbildern, also sehr vielfältigen Störungsbildern, die sich in einem Fall zeigen. Also schwerste Fälle. Und was dazukommt, das sind also auch oft Fälle, die aufgrund ihrer Vergangenheit noch keinen Zugang zur Therapie gewonnen haben oder die aus ihren Erfahrungen heraus oft auch für Therapie keine Motivation besitzen. Die also teilweise.. äh.. wo viele erstmal	Bei komplexen Therapiefällen ist hohes Maß an Netzwerkarbeit und Motivation des Jugendlichen für Therapie notwendig. Kinder müssen oft erst für Therapie aufgeschlossen werden, bevor therapeutisch gearbeitet werden kann. Motivationaler Aufbau zu Beginn der Therapie dauert	Komplexe Problemlagen und -hilfebedarfe Anforderung an die Therapeutin des KJF e.V.	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe

	motiviert werden müssen für Therapie.	i.d.R. länger.		
6/7	Teils sind es Therapieerfahrungen, teils sind es Erfahrungen, die Klienten in Kliniken gesammelt haben, teils sind es aber auch Erfahrungen mit Jugendhilfe insgesamt...also mit diesem Gedanken: "Jugendhilfe nimmt uns die Kinder weg.", also bei sehr vielen Eltern. Sodass also die Eltern und damit ja auch die Kinder also zwangsläufig oft erstmal sehr zurückhaltend sind in Bezug auf Therapie oder auf ... oder da eben auch schwer motivieren lassen. Es dauert also wesentlich länger, als wenn ein Patient in die ambulante Therapie von selbst kommt und sagt: "Ich möchte jetzt eine Therapie.". Hier ist es oft so, dass die erstmal mit Therapie nicht so viel anzufangen wissen. Dass die also erstmal über unsere Heimleitung, über die Kollegen in der WG oder über andere Netzwerke im Grunde genommen motiviert werden müssen für eine Therapie.	Eingeschränkte Therapiemotivation der Kinder, Jugendlichen und Familie aus der Jugendhilfe durch: Negative Therapieerfahrungen (auch in Kliniken), negatives Narrativ von der Jugendhilfe In ambulanter Therapie oft mehr Therapiemotivation als in KJHG-Therapie. Motivation der Kinder und Jugendlichen im Netzwerk.	Eingeschränkte Therapiemotivation als Herausforderung an und Hemmnis für die Therapeutin Vergleich der ambulanten Therapie und der Therapie beim KJF e.V.	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
6/7	Weil es ist ja ein Unterschied, ob jemand kommt und ein Anliegen hat. Es gibt natürlich auch Klienten, die kommen und ein Anliegen haben, ja. Aber es ist ein geringerer Prozentsatz. Der größere Teil wird wirklich erst im Laufe der ...ähm... muss erst motiviert werden für eine Therapie und äh.... die Motivation geht natürlich bei diesen Klienten mit ihren negativen Erfahrungen, die Hilfsangebote in ihrer Vergangenheit auch schon sehr negativ in der Vergangenheit erlebt haben, sehr über Beziehung. Ist also sehr personenabhängig, ob diese Klienten motiviert werden können.	Geringer Prozentsatz der Kinder und Jugendlichen kommt zunächst aus Eigenantrieb in die Therapie beim KJF e.V.. Therapie geht sehr über Beziehung.	Therapiemotivation über Beziehung Anforderung an die Therapeutin	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
6/8	Sie sagten gerade "Klienten". Ähm			

	... kommen Patienten zu Ihnen oder Klienten? Wie würden Sie das sprachlich ausdrücken?			
6/8	Also ich sage meist "Klienten", weil ich denke, es macht keinen Unterschied, ob ich es Patienten oder Klienten nenne. Noch lieber ist mir eigentlich der Begriff "Eltern und Kinder", da diese Begriffe "Patienten und Klienten" aus meiner Sicht auch ein stigmatisches ...äh... ein Stigmata darstellen oft für diese Menschen.	Begriffe des Klienten und Patienten können aus Sicht der Therapeutin als stigmatisierend aufgenommen werden. Nutzung der Begriffe „Eltern und Kinder“ anstatt Pat./ Klienten	Zielgruppe (Begrifflichkeit)	Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
6/9	Welche Störungsbilder bringen denn die Kinder und Jugendlichen so mit, die hierherkommen?			
6/9	Also wie gesagt, es sind meist komorbide Störungsbilder. Also zum Beispiel beginnende Borderlinesymptomatiken gepaart mit Depressionen, mit Essstörungen gerade bei jungen Mädchen. Sehr viele Kinder mit traumatischen Erlebnissen in ihrer Vergangenheit, die bearbeitet werden müssen, Enuresis, Enkopretiker, also sehr viele Kinder mit Verhaltensstörungen. Also ein ganz großer Prozentsatz mit sozialen Verhaltensstörungen, Autismus, also ein breites Spektrum an Störungsbildern. Ja, es ist schon ein sehr breites Spektrum.	Kinder und Jugendliche bringen insgesamt ein breites Spektrum an Störungsbildern mit: Borderlinesymptomatiken, Essstörungen gepaart mit Depressionen, traumatische Erlebnisse, Enuresis und Enkopresis, soziale Verhaltensstörungen, Autismusspektrumstörungen	Zielgruppe und Störungsbilder	Besonderheiten in der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
6/10	Wie ist das bei Ihnen, wie genau klassifizieren oder diagnostizieren Sie auch?			
6/10	Also dieses Klassifizieren und Diagnostizieren erfolgt ebenfalls nach dem ICD-10. Also ich arbeite ebenfalls nach dem ICD-10, wobei bei mir, also ich nicht mit der Krankenkasse abrechne, ich also diese Diagnosen, die also oft etikettierend sind aus meiner	Klassifizierung der Störungsbilder erfolgt über ICD-10. Verhaltensweisen und Ziele der Kinder, Jugendlichen und Familien stehen im Vordergrund der	Klassifikation und Diagnostik im therapeutischen Angebot des KJF e.V.	Besonderheiten in der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der

	Erfahrung heraus, wenn sie auch in falsche Hände kommen...also zum Beispiel Arbeitsämter, wo Menschen sitzen, die davon keine Ahnung haben. Für mich ist eigentlich das Verhalten, was die Kinder und die Eltern zeigen, was behandelt werden soll, die Ziele, die sie haben in der Therapie. Das ist für mich das, was ich in den Vordergrund stelle.	therapeutischen Arbeit. Keine Abrechnung über die KK. Aus Sicht der Therapeutin können Diagnosen über die KK etikettieren, wenn sie an falsche Hände kommen (Arbeitsämter).		Jugendhilfe
6/10	Genau, die Symptomaten und die Ursachen. Da ich nicht mit der Krankenkasse abrechne und es keinen Gutachter gibt, also bei mir die Diagnose nicht die übergeordnete Rolle spielt. Ja, natürlich werden die Diagnosen gestellt, die werden auch von mir benannt, befinden sich auch in der Diagnostik. Aber ich bin jemand, der eher mit dem Verhalten arbeitet und mit den spezifischen Dingen, die die Kinder und die Jugendlichen aufweisen.	Symptomatik und Ursachen spielen große Rolle für Verständnis. Diagnosen spielen keine übergeordnete Rolle, sind festgehalten in der Diagnostik (Akte).	Diagnostik Fokus der therapeutischen Arbeit im KJF e.V.	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
6/10	Werden diese auch gegenüber den Patienten und den Eltern benannt von Ihnen.			
6/10	Es läuft also so ab bei mir, dass ich eine Probatorik mit den Kindern und Eltern mache. Die beläuft sich so auf sieben bis zehn Stunden. Also das ist auch etwas Positives, was ich habe, dass ich mir für den Beziehungsaufbau- für Probatorik, die Tests, die in dieser Zeit durchgeführt werden- sehr viel Zeit lassen kann. Äh... in den ersten Stunden mache ich erstmal gar keine Tests mit den Kindern und mit den Jugendlichen oder mit den Eltern. Sondern da geht es mir eigentlich vorrangig erstmal um den Beziehungsaufbau. Weil aus meiner Sicht der Beziehungsaufbau ein großer Grundstein oder ein	Phasen der Therapie im KJF e.V.: Phase der Probatorik (7-10 Stunden), Therapeutin lässt sich für den Beziehungsaufbau viel Zeit. Testungen werden nicht in den ersten Stunden durchgeführt. Im Vordergrund der Probatorik steht Beziehungsaufbau als Grundstein für	Therapieprozess Transparenz in der Diagnostik Probatorik	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe Potenzial des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.

	wichtiger Grundstein ist für eine gelungene Therapie, für Vertrauen, für eine gute Arbeit.	Vertrauen, Therapiemotivation und gute Arbeit.		
6/10	Sie sagten auch, der motivationale Aufbau brauche ja oft schon länger am Anfang?			
6/10	Und diese Motivation, ja. Von daher. Und dann werden mit den Kindern und Jugendlichen natürlich Standardfragebögen und standardisierte Verfahren, wie zum Beispiel den HAWIK-Test; CBCL-Fragebogen, den Lehrerfragebogen, den PFK...ähm... diese standardisierten Verfahren werden dann ebenfalls eingesetzt. Äh, und jede... nach diesen acht oder neun oder zehn Stunden, je nachdem, das ist auch von Kind zu Kind sehr unterschiedlich, wird mit den Kindern und den Jugendlichen gemeinsam ausgewertet/ werden die Ergebnisse dieser Probatorik gemeinsam ausgewertet mit Eltern oder WG-Kollegen oder Vormündern- es gibt auch Kinder, die einen Vormund haben- und es wird dann von den Kindern hauptsächlich und in erster Linie entschieden, ob sie weiter zur Therapie kommen möchten. Und natürlich aus meiner Sicht wird geschaut, ist es überhaupt therapiewürdig/ ist Therapie nötig...ja... das ist natürlich das Erste, was ich schaue.	<p>Diagnostikinstrumente in der Therapie:</p> <p>Intelligenztestung (HAWIK), Standardfragebögen (CBCL, Lehrerfragebogen, PFK)</p> <p>Länge der Probatorikphase ist individuell auf Kind oder Jugendlichen abgestimmt.</p> <p>Auswertung der Fragebögen und Testungen erfolgt nach Probatorik mit den Kindern und Jugendlichen, mit den Eltern, WG-Kollegen oder ggf. auch Vormündern.</p> <p>Danach fällt erst Entscheidung der Kinder für oder gegen die weitere Therapieanbindung. Und fachliche Einschätzung des Therapiebedarfs durch die Therapeutin.</p>	<p>Diagnostik (Fragebögen)</p> <p>Auswertung der Probatorik</p> <p>Therapiebeginn und -entscheidung</p>	<p>Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess</p> <p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>
6/10	Der Therapiebedarf wird abgeklärt und dann bestimmen die Kinder und die Jugendlichen in allererster Instanz, ob sie weiter zur Therapie kommen wollen. Um einfach diese Zwangskontexte, die es oft gibt in	Therapeutin setzt auf unbedingte Freiwilligkeit, um Zwangskontexten entgegenzuwirken in der Therapie.	Freiwilligkeitsprinzip	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess

	<p>der Kinder- und Jugendpsychotherapie, dass Kinder von Eltern, von Kollegen aus der WG bestimmt werden- "Du gehst zur Therapie, sonst..."- das möchte ich nicht. Ich möchte wirklich dann die Kinder hier haben oder die Jugendlichen, dass sie freiwillig kommen und dass sie ein Anliegen haben für die Therapie. Und deshalb ist es mir eben auch wichtig, dass sie in erster Linie dann bestimmen. Und die Eltern natürlich mitbestimmen, aber bei mir zweitrangig. In erster Linie sind für mich die Kinder und die Jugendlichen maßgebend. Und das ist aus meiner Erfahrung her also sehr gut, da bisher alle wiedergekommen sind. Also scheint das doch ein großer, ein großer Punkt in der Therapiemotivation zu sein. "Ich darf selbst entscheiden, ob ich gehe." Ich glaube, das ist ein wichtiger Punkt in der Motivation.</p>	<p>In erster Linie entscheiden Kinder und Jugendliche, ob sie Therapie in Anspruch nehmen. Eltern sind zweitrangig. Kinder und Jugendliche sollen Anliegen für die Therapie haben (Therapiemotivation).</p>		
6/11	Wie dokumentieren Sie?			
6/11	<p>Ich habe für jeden Patienten eine Patientenakte in Papierform. Es gibt einen großen Panzerschrank, wo die ganzen Akten sich befinden. In dieser Akte ist also alles- die Probatorik, die ganzen Tests, die Dokumentationen- abgeheftet, sodass man da immer jederzeit Zugriff hat und äh... in jeder Therapiestunde wird eine Dokumentation des Therapieverlaufs der einzelnen Stunde angefertigt. So um immer nachvollziehen zu können und den Therapieprozess transparent zu gestalten, sodass also auch die Kinder oder die Eltern oder ein Vormund jederzeit noch einmal nachvollziehen oder schauen können, was in der Therapiestunde besprochen worden ist oder was</p>	<p>Patientenakten in Papierform, Datenschutzkonforme Lagerung der Patientenakten in Panzerschrank Zur Dokumentation gehören: Tests der Probatorik, Dokumentationen der einzelnen Therapiestunden In Notfällen wäre Akteneinsicht unter Einverständnis aller möglich.</p>	<p>Dokumentation Datenschutz</p>	<p>Qualitätssicherung und Evaluation</p>

	erarbeitet worden ist. Damit also die auch notfalls Einsicht in die Dokumentation haben können.			
6/12	Werden denn Zwischenberichte, Gutachten oder Abschlussberichte von Ihnen verfasst? Und wenn ja, an wen gehen diese dann?			
6/12	Es ist so, dass die Therapie als ein sehr geschützter Rahmen stattfinden soll. Dass also Berichte an das Jugendamt- das also Geldgeber ist in diesem Falle gehen.	Therapie als geschützter Rahmen Berichte der Therapeutin gehen an das Jugendamt	Berichtswesen innerhalb der Therapie	Qualitätssicherung und Evaluation
6/12	Auftraggeber meines therapeutischen Angebotes. Dass dort also nur mündliche Berichte also ankommen, die besprochen werden aber vorher mit den Eltern, mit den Kindern, sodass also das Therapiegeheimnis... es ist ein ganz wichtiger Punkt meiner Arbeit, weil ich denke, dass das auch eine Voraussetzung ist, um Menschen in der Therapie zu halten. Und es wird jederzeit also besprochen. Und ich bin in jedem Hilfeplangespräch dabei, wo es also um Erfüllung von Zielen, um weiterführende Ziele geht und dort ich also meine mündlichen Einschätzungen bis zu einem gewissen Punkt, der vorher mit dem Patienten besprochen wird, also auch dort gebe.	Jugendamt/ASD ist Geldgeber und Auftraggeber für das therapeutische Angebote des KJF e.V. Berichterstattung ggü. dem ASD erfolgt nur mündlich und nach vorheriger Absprache mit den Eltern und Kind, Jugendlichen- auch im HPG Therapeutin ist Teil der Hilfeplanung, wo es um Zielevaluation geht	Finanzierung des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. Berichtswesen Therapiegeheimnis Teilnahme am HPG	Qualitätssicherung und Evaluation
6/12	Okay. Ich habe verstanden, dass Sie das oft auch eher mündlich machen in Zusammenarbeit mit Wohngruppe, mit Jugendamt oder Einzelfallhelfer, wenn der dann im Fall ist. Okay. Gutachten- stellen Sie diese aus?	Mündliche Berichte, mündlicher Austausch zwischen Therapeutin und Netzwerkteilnehmern	Netzwerkarbeit und Austausch	Qualitätssicherung und Evaluation
6/12	Es sind eher kleine Berichte, wenn Kinder also Gutachten nicht.... wenn Kinder zum Beispiel den Therapeuten wechseln, dass also	Therapeutin verfasst keine Gutachten. Schriftliche Berichte	Berichtswesen	Qualitätssicherung und Evaluation

	<p>dann ein Bericht geschrieben wird über die Diagnostik, die erfolgt ist. Oder dass Berichte, kleinere Berichte, ans Jugendamt gehen, wenn zum Beispiel für Kinder eine Schulbegleitung eingesetzt werden soll, die begründet werden soll. Also das sind kleinere Dinge. Da werden schriftliche Berichte angefertigt. Oder Berichte an Kinderärzte, die fragen. Aber das wird mit den Eltern gemeinsam besprochen. Da gibt es eine Schweigepflichtsentbindung, sodass das ganz sauber ist. Und dann wird das von mir natürlich an diese Stellen weitergeleitet. Aber immer im Einverständnis mit den Eltern, mit den Jugendlichen und Kindern</p>	<p>an das Jugendamt zur Unterstützung der Beantragung einer Inklusionsbegleitung . Berichte an weiterbehandelnden Therapeuten und Ärzte zum Therapieverlauf und der Diagnostik. Jede Weitergabe eines Berichts bedarf einer Schweigepflichtsentbindung des Sorgeberechtigten und der Zustimmung der Eltern.</p>	<p>Schweigepflichtsentbindung</p>	<p>Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p>
6/13	<p>Wie funktioniert denn die Hilfenbahnung? Wie wird das therapeutische Angebot finanziert?</p>			
6/13	<p>Also das Jugendamt ist Auftraggeber und das Jugendamt finanziert auch die Hilfe. Das therapeutische Modul ist für acht bis zehn therapeutische Stellen veranlagt.</p>	<p>Jugendamt ist Auftraggeber und finanziert therapeutisches Angebot.</p>	<p>Finanzierung/ Auftraggeber</p>	
6/13	<p>Also acht bis zehn Therapieplätze für Kinder oder Jugendliche. Und es sollen zukünftig...also soll sich das ein bisschen verlagern, dass eventuell in Zukunft nur noch acht Plätze für Kinder vorgehalten werden, dafür aber zwei bis drei Nachbetreuungsplätze. Und dass man das dann vielleicht flexibel verschieben kann. Also wenn Nachbetreuungsplätze dann nicht gebraucht werden, dass dann flexibel handhabbar ist, aber dass man zumindest in bestimmten Fällen, was ich schon vorhin erwähnte, gerade in Traumatherapien... dass man dort</p>	<p>8-10 Therapieplätze sieht Angebot bisher vor. In Zukunft Verlagerung auf 8 Therapieplätze vorgesehen und 2-3 Nachbetreuungsplätze. Bei Bedarf Flexibilität im Verhältnis. Nachbetreuung bei Rückführung ins</p>	<p>Therapieplätze Evaluation/ Nachbetreuungsplätze</p>	<p>Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe Qualitätssicherung und Evaluation Bedeutung und Ausgestaltung</p>

	<p>die Therapien auch, wenn die Kinder zum Beispiel wieder in den Haushalt der Eltern zurückgehen, dass man das dort auch noch über einen bestimmten Zeitraum weiterführen könnte. Äh... die Kinder kommen dann zu uns in die WG's. Oft kommen schon die Anfragen vom Jugendamt, weil die Kinder Bedarfe haben in Bezug auf psychologische Betreuung, deshalb kommen eben schon vom Jugendamt oft die Anfrage, ob ein therapeutischer Platz gerade frei ist. Und dann bekomme ich also diese Sozialberichte von unserer Heimleitung, die Anfragen über die Sozialberichte, ob es möglich wäre, die Kinder therapeutisch anzubinden/ ob Kapazitäten da sind. Das wird dann gemeinsam mit der Heimleitung entschieden. In den meisten Fällen, da es wirklich alles Kinder sind in den schwierigsten Problemlagen, ist es schon auch realistisch, die Kinder an Therapie anzubinden. Und dann das Einverständnis der Eltern, ja...und dann kommen die Kinder zum Erstkontakt mit ihrem Kontakterzieher, mit ihren Eltern, mit ihrem Vormund, je nachdem, kommen sie dann zu mir und dann während der Probatorik wird entschieden, ob die Therapie dann stattfindet.</p>	<p>Elternhaus vor allem bei Traumatherapien notwendig, um Abbrüche zu vermeiden und gute Nachsorge zu betreiben.</p> <p>Prozess der therapeutischen Hilfeanbahnung:</p> <p>Kinder oder Jugendliche kommen in die WG</p> <p>ASD fragt dann bei KJF (Heimleitung oder Therapeutin) an, ob Kapazitäten da sind.</p> <p>Über die Heimleitung kommt dann entsprechender Sozialbericht an Therapeutin.</p> <p>Therapeutin und Heimleitung entscheiden gemeinsam über eventuelle Therapieaufnahme und prüfen und holen sich Einverständnis der Eltern ein.</p> <p>Erstkontakt mit Kindern und Jugendlichen in</p>	<p>Hilfeanbahnung</p>	<p>g multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p> <p>Rollenverständnis und Aufgabenteilungen im multiprofessionellen Team</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	dass ein Kind eines anderen Trägers hier in Chemnitz nicht in Ihr therapeutisches Angebot kommen könnte?			
6/14	Nein, es ist nur für diesen Träger verhandelt. Die Kinder müssen bei uns in Wohngruppen ansässig oder wohnhaft sein.	Kinder aus stationärem Bereich des KJF und des Jugendamtes Chemnitz	Zielgruppe und Rahmenvertrag	
6/15	Von wem und wofür genau werden Ihnen denn im Zuge des therapeutischen Angebotes noch finanzielle Mittel bereitgestellt?			
6/15	Nein, also das therapeutische Angebot finanziert sich ausschließlich über diese Mittel des Jugendamtes. Davon werden auch Tests gekauft, davon werden Therapiematerialien gekauft, also davon werden andere Dinge gekauft, die benötigt werden. Also das wird dann abgerechnet bei der Geschäftsleitung, ja. Das finanziert sich ausschließlich über das Jugendamt in Chemnitz.	Finanzierung ausschließlich über finanzielle Mittel des ASD Abrechnung von Tests, Therapiematerialien, anderen Dinge bei ASD über Geschäftsleitung des KJF e.V.	Finanzierung	Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
6/16	Wie schnell kann denn eine Therapie starten? Wie schnell können dadurch dringende Bedarfe in akuten Fällen abgedeckt werden?			
6/16	Also es ist so.... in der Regel beträgt die Wartezeit der Kinder bis maximal einen Monat, maximal anderthalb Monat. Also ich bemühe mich sehr, den Kindern in Krisensituationen sofort ein Angebot bereitzustellen. Teilweise ist das auch möglich, da es Kinder gibt, die sich schon länger in Therapie befinden, die dann nur noch vierzehntägig zum Beispiel in Therapie kommen. Und es dann also auch Möglichkeiten gibt, dann erstmal kleinschrittig in Therapie einzusteigen, ja. Also ich bemühe mich, aber in der Regel sind es so ein bis 1 1/2 Monat Wartezeit.	Kurze Wartezeit bis zum Erstgespräch beträgt max. 1- 1 ½ Monat. Bemühung der Therapeutin, jungen Menschen in Krisensituation sofortigen, wenn auch niedrigfrequenten Einstieg in die Therapie des KJF e.V. zu ermöglichen.	Wartezeit und Deckung von therapeutischen Bedarfen	Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie Potenzial des therapeutischen Angebotes
6/17	Was unterscheidet denn Ihr			

	Therapieangebot von dem herkömmlichen Therapieangebot mit Kassensitz? Sie hatten zum Beispiel gesagt, eine Wartezeit bis 1 1/2 Monat			
6/17	Ja, ich weiß, dass aktuell die Wartezeiten bei ambulanten Therapeuten hier in der Umgebung sich so auf 1 bis 1 1/2 Jahre belaufen. Also die Wartezeiten sind wesentlich kürzer. Was ein ganz großer Punkt in der Arbeit ist, ist die Netzwerkarbeit. Also da ich nicht an die Krankenkasse gebunden bin und es pauschal finanziert wird, ist es mir also auch wirklich möglich, eine intensivste Netzwerkarbeit zu machen.	Wartezeit bei ambulanten Therapeuten in Chemnitz: 1 bis 1 ½ Jahre Intensive Netzwerkarbeit möglich durch pauschale Finanzierung und keine Begrenzungen der KK	Vergleich der ambulanten Therapie und der Therapie beim KJF e.V. Netzwerkorientierung	
6/17	Das heißt zum Beispiel auch, in die Schule zu gehen. Das heißt zum Beispiel auch, mal in die WG vor Ort zu gehen und mir das Lebensumfeld des Kindes anzuschauen. Weil wenn die Kinder oder die Kollegen etwas erzählen, ist es auch immer schön, wenn man das selber mal gesehen hat. Wenn man sich also auch vor Ort ein Bild macht, ja. Es ist auch wichtig mit den Eltern eine gute Elternarbeit zu erreichen, weil die Kinder doch alle noch sehr an ihre Eltern gebunden sind oder auch jedes Kind Vati und Mutti möchte und sich sehr an ihren Eltern orientieren. Und da ist es ganz wichtig aus meiner Sicht, in einer Therapie auch die Eltern mit im Boot zu haben. Und das erfordert eine sehr intensive Elternarbeit und dafür sind also bei mir immer Stunden da, die nicht begrenzt werden durch irgendwelche statischen Vorgaben. Das ist auf jeden Fall... und da es im Verein bei uns installiert ist- das Angebot habe ich also auch kurze Wege. Oder die Kollegen aus den WG's	Besuche der Therapeutin in der Schule, in die WG als Lebensumfeld des jungen Menschen Intensive Elternarbeit ist wichtig, da junge Menschen sich an ihren Eltern orientieren und Modell sind, auch während der WG-Unterbringung. Vorteile des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.: Eltern- und BZP-Stunden werden nicht begrenzt, intensive Elternarbeit ist möglich und nötig, kurze Wege durch	Netzwerkorientierung und Lebensweltorientierung Eltern- und BZP-Arbeit Vorteile des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess Potenziale des therapeutischen Angebotes

	haben kurze Wege. Wenn es eine Krisensituation gibt oder ein besonderes Ereignis....dass man sich mal schnell anruft. Oder die gewissen "Tür- und Angelgespräche" zum Beispiel auch mit Einzelfallhelfern, die sich auch bei mir hier im Haus befinden. Wo man also auch schnell mal Dinge klären kann oder organisatorische Dinge klären kann. Also ich empfinde es als sehr vorteilhaft.	interne Vernetzung im Träger, Lebensweltorientierung ist gut möglich, schneller Austausch möglich auch zur Klärung organisatorischer Dinge		
6/18	Woran orientiert sich denn die Dauer der therapeutischen Hilfe mit den Kindern und Jugendlichen?			
6/18	die Dauer des therapeutischen Angebotes orientiert sich sehr am Bedarf, an der Störungsspezifität und am Bedarf. Ich hatte ja eingangs schon gesagt, dass also Kinder mit gleichen störungsspezifischen Auffälligkeiten trotzdem einen unterschiedlichen Bedarf haben können aufgrund ihrer individuellen Ressourcen, gerade im Beziehungsaufbau oder auch im intellektuellen Niveau. Dass man dort also sehr unterschiedlich...also dass sich das am Bedarf orientiert. Natürlich...es gibt Kinder, die befinden sich schon über zwei, drei Jahre in Therapie bei mir, wo man da natürlich auch aufpassen muss. Es ist eine Gefahr, dass man nicht ewig therapiert, weil die Kinder auch mal therapiemüde werden. Also dann gibt es auch mal die Möglichkeit, eine Therapie zwischendrin über einen längeren Zeitraum auszusetzen und den Kindern und Jugendlichen die Gelegenheit zu geben, sich auszuprobieren, das was sie bisher gelernt haben. Und dann aber auch schnell im Bedarfsfall wieder in die Therapie einzusteigen. Was also dann auch im ambulanten Setting, denke ich, nicht so schnell möglich	Therapiedauer orientiert sich am Bedarf und an Störungsspezifität. Ressourcen des Kindes (Strukturniveau für Beziehungen, IQ) sind mitentscheidend für Dauer der Therapie. Gleiche Störungsbilder können dennoch unterschiedliche Bedarfe aufweisen. Therapien teilweise länger andauernd. Therapiemüdigkeit der Kinder setzt manchmal ein. Therapie soll noch bedarfsgerecht sein. Längere Therapiepausen ermöglichen und	Einflussparameter auf die Dauer der therapeutischen Hilfe Spannungsfeld Empowerment- „Hilfe zur Selbsthilfe“	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie

	<p>ist bei einer ambulanten Therapeutin. Wenn der Bedarf wieder da ist, sofort wieder einzusteigen in Krisensituationen oder bei selbstverletzendem Verhalten oder bei aggressivem Verhalten, ja. Wo dann oft WG-Kollegen zu mir kommen oder Kinder zu mir kommen und sagen: "Mir geht es ganz schlecht.". Also dann ist die Möglichkeit da, auch sofort wieder einzusteigen. Aber man muss natürlich aufpassen, dass man den Kindern auch Gelegenheit gibt irgendwann...also ich sage mal: "Hilfe zur Selbsthilfe", sich selbst auch wieder auszuprobieren und die Therapie nicht ewig zu ziehen.</p>	<p>Zeit zum Ausprobieren der Strategien im Alltag ohne Therapie.</p> <p>Einstieg in Therapie nach Therapiepause ist jedoch schnell wieder möglich.</p> <p>In ambulanter Therapie ggf. nicht durch stark begrenzte zeitliche Ressourcen.</p>	<p>Vergleich Therapie KJF und ambulante Therapie</p>	
6/19	<p>Wie wirkt sich die therapeutische Arbeit Ihrer Meinung nach auf die Dauer der jeweiligen Hilfe und auf die Zielerreichung der im HPG vereinbarten Ziele aus?</p>			
6/19	<p>Aus meiner Sicht ist die Arbeit an den psychischen Besonderheiten ein wichtiger Baustein in Zusammenklang mit der pädagogischen Arbeit der Kollegen vor Ort oder mit der Arbeit der Einzelfallhelfer. Und wir haben also erfahrungsgemäß in den letzten Jahren sehr viel weniger aggressive Kinder. Früher sind sehr viele Möbel in unseren WG's kaputt gegangen, weil die Kinder aggressiv waren und weil sie ihre Aggressionen nicht abbauen konnten. Es gab vermehrt auch Angriffe von Kollegen aus den WG's von größeren Kindern.</p>	<p>Therapeutische Arbeit als wichtiger Baustein in Zusammenklang mit pädagogischer Arbeit.</p> <p>Vor Installation des therapeutischen Angebotes deutlich höhere Anforderungen an WG-Personal durch hohes Level an Aggressionen ggü. Sachgegenständen und Fachkräften.</p>	<p>Therapie als Einflussparameter auf Dauer der Gesamthilfe in der KJH</p> <p>Netzwerkarbeit im multiprofessionellen Team</p> <p>Evaluation</p>	<p>Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure</p>
6/19	<p>Das bedeutet auf Kollegen?</p>			
6/19	<p>Ja, auf Kollegen. Entschuldigung. Auf Kollegen! Und das ist also sehr minimal. Das haben wir kaum noch. Also das ist ein sehr positiver Aspekt.</p>	<p>Seit Installation weniger Übergriffe auf Fachkräfte und weniger Sachzerstörungen.</p>	<p>Evaluation-sichtbare Erfolge der therapeutischen Hilfe</p>	<p>Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure</p>

6/19	Sie sehen den Zusammenhang zwischen der Installation der therapeutischen Hilfe und dem Rückgang dieses aggressiven Verhaltens?			
6/19	Ja, ja! Und es sind auch sehr viele Kinder, die sich bei mir in Therapie befunden haben...also wir haben vermehrt auch Kinder in den Haushalt der Eltern zurückführen können, wo also therapeutische Erfolge schon eine große Rolle gespielt haben. Auch in Bezug auf die Elternarbeit, die intensive Elternarbeit, die wir hier im therapeutischen Angebot leisten, es sich also sehr positiv ausgewirkt hat. Und wir jetzt also auch vermehrt Kinder nach Hause zurückführen konnten zu den Eltern. Oder mit ambulanten Hilfen dann wieder in den Haushalt der Eltern zurückgeführt haben.	Therapeutische Arbeit hat aus Sicht der Therapeutin dazu beigetragen, dass Kinder zurückgeführt werden konnten, da intensive Elternarbeit im Therapiesetting vermutlich zur Schaffung besserer Bedingungen im Elternhaus geführt hat. Ambulante Hilfen als Anschlusshilfen an stationäre Hilfen.	Evaluation Elternarbeit als Einflussparameter für Rückführungs idee	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
6/20	Was würden Sie sagen, was unterstützt Sie denn in Ihrer therapeutischen Arbeit mit den Kindern und den Jugendlichen und deren Familien besonders?			
6/20	Ich finde den Erfahrungsaustausch der Kollegen aus den anderen Professionen sehr gewinnbringend, um auch immer wieder die Zusammenhänge zu verstehen.	Multiprofessioneller Austausch ist nützlich zum Fallverstehen von Zusammenhängen.	Austausch Multiprofessionalität	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
6/20	Also die Einzelfallkollegen aus den ambulanten Hilfen, die Kollegen aus den Wohngruppen, ja. Auch die Zusammenarbeit mit den Lehrern, die sich zwar in vielen Fällen auch etwas schwierig gestaltet. Aber es gibt auch sehr rührige Eltern. Also die Zusammenarbeit mit Lehrern, die Zusammenarbeit mit Vormündern,	Arbeit mit Lehrern ist erwünscht seitens der Therapeutin, gestaltet sich aber oft schwierig. Multiperspektive erreichen und Hypothesen	Spannungsfeld Austausch im multiprofessionellen Team Multiperspek	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk

	die Zusammenarbeit mit Pflegefamilien, um im Grunde genommen die Multiperspektive auf den Fall zu haben und nicht nur Einzelkämpfer zu sein. Und dort auch immer auch noch einmal neue Sichtweisen einnehmen zu können, nochmal neu schauen zu können.	hinterfragen und Anpassen durch Zusammenarbeit und Austausch mit: Fachkräften aus ambulantem und stationärem Bereich, Vormündern, Lehrern, Eltern, Pflegefamilien	tive	
6/20	Habe ich das richtig verstanden, dass sich also die Arbeit mit den anderen Helfern im System auf Ihr gesamtes Fallverstehen positiv auswirkt?		Einflussparameter auf Fallverstehen	
6/20	Ja, die wirkt sich positiv aus. Aber es ist natürlich auch umgedreht, dass sich meine Ideen und Hinweise auch bei denen positiv aufs Fallverstehen auswirken. Weil die ja oft in ihren Ausbildungen diesen pädagogischen Background beleuchten und eher diesen psychologischen Hintergrund/ dieses psychologische Hintergrundwissen nicht so haben. Also das ist ein gegenseitiges Nehmen und Geben und das wirkt sich sehr positiv aus. Was auch sehr wichtig ist, das sind die Supervisionen, die regelmäßigen. Alle Viertel Jahre oder zwei Monate werden Supervisionen durchgeführt.	Pädagogik und Therapie profitieren gleichermaßen vom Wissen der jeweils anderen Profession. Arbeit auf Augenhöhe. Pädagogen fehlt oft vertieftes, psychologisches Wissen durch pädagogische Ausrichtung im Studium. Supervisionen	Multiprofessionalität und Chancen Qualitätssicherung für therapeutische Arbeit- SV	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk Qualitätssicherung und Evaluation
6/20	Ich nehme an therapeutischen Supervisionen teil. Die Kollegen haben pädagogische Supervisionen, also da bin ich nicht dabei. Meine Supervisionen helfen mir natürlich auch im Austausch mit anderen Therapeuten dann auch den therapeutischen Blick noch einmal zu erweitern oder zu erneuern oder neueste, wissenschaftliche Erkenntnisse oder Ideen, die andere Therapeuten in ihren Therapien einbeziehen, dass man die	Therapeutin nimmt an therapeutischen SV teil. WG-Kollegen an pädagogischen SV. SV als qualitätssicherndes Merkmal zur Reflexion, Erweiterung des therapeutischen Fallverständnisses,	SV als qualitätssichernder und unterstützender Faktor	Qualitätssicherung und Evaluation Bedeutung

	<p>natürlich auch ein Stück dann wieder mit verwenden kann. Dann weiterhin, was mich sehr auch unterstützt, ist die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, die sich bei uns sehr positiv gestaltet. Dass es also Fachgespräche gibt mit dem Jugendamt, dass ich also an den Hilfeplänen teilnehme, um also auch insgesamt den Fall gut zu verstehen, oder um auf bestimmte Maßnahmen, die im Hilfeprozess beschlossen werden, auch Einfluss nehmen zu können, ja. Oder auch teilweise mit den Kindern gemeinsam deren Bedürfnisse und Wünsche zu transportieren. Ich glaube, da bin ich auch für die Kinder oft ein großer Helfer. Dass das also insgesamt auch in den Hilfeprozess transportiert wird. Also das sind alles Dinge...Ich bin ein ganz großer Verfechter von Netzwerkarbeit und ich denke, dafür sollte man sich ganz viel Zeit nehmen. Und ich glaube, das hilft sehr.</p>	<p>Erweiterung therapeutischen Wissens und Methodik.</p> <p>Zusammenarbeit mit ASD verläuft erfolgreich. Einbezug in HPG und Fachgespräche unterstützt Verständnis für Hilfemaßnahmen im Hilfeprozess und ermöglicht ggf. auch bedarfsgerechtere Steuerung.</p> <p>Therapeutin unterstützt Kinder und Jugendliche bei der Äußerung von Wünschen und Bedürfnissen im Hilfeplan und gesamten Hilfeprozess</p> <p>Zeit nehmen für Netzwerkarbeit.</p>	<p>Netzwerkarbeit, Austausch HPG</p> <p>Therapeutisches Rollenverständnis</p> <p>Plädoyer für Netzwerkarbeit aus therapeutischer Sicht</p>	<p>und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p> <p>Rollenverständnis und Aufgabenteilung im multiprofessionellen Team</p>
6/21	<p>Welche Bedeutung hat die Eltern- bzw. Bezugspersonenarbeit im Kontext Ihrer therapeutischen Arbeit für Sie?</p>			
6/21	<p>Die Elternarbeit und Bezugspersonenarbeit ist eigentlich ein wichtiger Garant aus meiner Sicht für Fortschritte, für Zielerreichung, für das Gelingen von Hilfeprozessen. Da die Kinder, egal wie die Familien sind in erster Linie sehr an ihre Eltern gebunden sind und sich sehr wünschen und ihre -Eltern möchten. Dort kann es für mich nur in der Therapie ein Miteinander geben, um Kinder</p>	<p>Eltern- und BZP-Arbeit aus therapeutischer Sicht als wichtiger Garant für Fortschritte und Zielerreichung im Hilfeprozess.</p> <p>Einbezug der Eltern ist wichtig, um Kinder im</p>	<p>Bedeutung der Eltern- und Bezugspersonenarbeit</p>	<p>Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess</p>

	auch nicht in Ambivalenzen zu bringen. Deshalb ist für mich die Elternarbeit ein wichtiger Garant. Und das betrifft auch Eltern, die nicht das Sorgerecht haben. Also auch diese Eltern, wo ein Vormund in den Fällen ist, sollten in den Hilfeprozess/ in den Therapieprozess ganz intensiv mit einbezogen werden. Das muss natürlich mit den Vormündern auch abgesprochen sein, dass sie trotzdem noch Eltern sind. Und das ist mir sehr wichtig.	Hilfeprozess nicht in Ambivalenzen zu bringen und an gleichen Zielen zu arbeiten. Auch (intensiver) Einbezug von nicht sorgeberechtigten Eltern in Absprache mit Vormund. Eltern als Modell trotz keiner elterlichen Sorge.		
6/22	Wie flexibel sind Sie bei der Frequentierung und Gestaltung der Bezugspersonenstunden und Patientenstunden?			
6/22	Auch diese Sache ist wirklich am Bedarf orientiert. Es kann auch mal sein, dass es eine längere Zeit mal ...ich die Eltern nicht sehe. Weil es gerade aus dem Bedarf heraus andere Dinge gibt, ja. Weil gerade Schule das große Thema ist, ja. Aber da bin ich sehr flexibel. Ich finde es wichtig, dass man sehr bedarfsorientiert arbeitet. Und dann kann es aber auch mal Zeiten geben, wo ich die Eltern also im Monat dreimal oder zweimal sehe, weil der Bedarf gerade da ist. Weil es gerade Zuhause große Konflikte gibt oder aus irgendwelchen anderen Gegebenheiten heraus. Also das verschiebt sich sehr. Das ist sehr flexibel/ wird sehr flexibel gehandhabt.	Frequentierung der Eltern- und BZP-Stunden orientiert sich am Bedarf im Therapieprozess. Hohe Flexibilität bei der Frequentierung ermöglicht bedarfsgerechtes Arbeiten.	Frequentierung der Therapie- und BZP-Stunden Hohe Flexibilität Bedarfsorientierung	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
6/22	Genau, weil es pauschal finanziert wird. Also daher finde ich, kann man sich sehr am Bedarf orientieren.	Pauschale Finanzierung ermöglicht Flexibilität und bedarfsgerechte Arbeit. Keine Begrenzung durch Vorgaben oder Begrenzung der KK.	Finanzierung und Flexibilität	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess

6/23	Sie haben vorhin gesagt, Sie sind Verfechterin der Netzwerkarbeit. Was bedeutet für Sie Netzwerkarbeit?			
6/23	<p>Netzwerkarbeit ist für mich persönlich eine große Erleichterung, wenn sie sehr gut läuft. Weil es im Hilfeprozess einfach sehr wichtig ist, dass die verschiedenen Teilnehmer/ Menschen, die involviert sind, also dass jeder seinen Bereich gut bedienen kann und trotzdem weiß, was der andere tut. Um einfach Kinder oder junge Menschen oder Eltern nicht in Ambivalenzen zu bringen. Was gerade auch bei bestimmten Störungsbildern gerade bei Borderlinestrukturen oder bei Verhaltensauffälligkeiten sehr viel Schaden anrichten kann, ja. Also deshalb finde ich es sehr wichtig, dass man eine gute Netzwerkarbeit macht. Oder mit Lehrern. Diese Dinge, die in der Therapie erarbeitet werden, müssen ja irgendwo in der Praxis vor Ort ausprobiert werden. Sonst verschwinden sie wieder irgendwo. Und da ist es einfach wichtig, dass man Lehrer, Einzelfallhelfer oder Kollegen aus der WG, dass man die im Boot hat. Dass also diese Dinge, die mit den Kindern in der Therapie erarbeitet werden, dann auch ausprobiert werden oder so gelebt werden.</p>	<p>Netzwerkarbeit kann Arbeitserleichterung bedeuten.</p> <p>Netzwerkteilnehmer können eigenes Ressort bedienen und haben ressortübergreifenden Blick, um mit anderen Teilnehmern gemeinsame Abstimmungen zu treffen.</p> <p>Gute Abstimmungen sind notwendig v.a. bei Borderlinestrukturen oder Verhaltensauffälligkeiten, da Ambivalenzen verstärkt und aufrechterhalten werden.</p> <p>Netzwerkarbeit und Austausch dient gutem Transfer von Methodik in die alltägliche Praxis.</p> <p>In Therapie erarbeitete Strategien müssen in der Lebenswelt und im Alltag der Kinder ausprobiert und gefestigt werden mit Hilfe der anderen Helfer im Netzwerk.</p>	<p>Verständnis von Netzwerkarbeit</p> <p>Spannungsfeld Persönlichkeitsakzentuierung/ externe Störungen und Chance von Netzwerkorientierung</p>	<p>Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p>

6/23	Lerntherapeuten, mit Ärzten in Kliniken, wenn ein Kind einen Klinikaufenthalt hat. Oder , oder, oder Ergotherapeuten...diese verschiedenen Professionen auch, sodass jeder auf sein Gebiet spezialisiert ist, aber dass man das Ganze auch im Guten wieder verbindet.	Spezialisierung einzelner Akteure im Netzwerk UND Blick auf das Ganze	Bedeutung von Netzwerkarbeit	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
6/23	Auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten. Also wir haben alle ein gemeinsames Ziel/ ein großes Ziel und jeder leistet seinen Beitrag. Und da ist die Pädagogik meines Erachtens genauso wichtig wie die Psychologie. Also dass auch gleichberechtigte Partner das alles sind.	Gleichstellung aller Professionen im Hilfeprozess. Arbeit an einem gemeinsamen, großen Ziel.	Netzwerkarbeit und Zielerreichung	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
6/24	Wie genau läuft denn der Fachaustausch zwischen Ihnen als Therapeutin, dem Träger -also den Kollegen- und dem ASD ab?			
6/24	Also es gibt einen Austausch mit dem ASD per Mail, ein Austausch per Telefon. Momentan ist es aufgrund der Personalsituation leider etwas schwierig.	Austausch mit ASD per Mail und Telefon. Personalsituation im ASD angespannt.	Austausch Spannungsfeld Personal	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
6/24	Es sind derzeit leider sehr viele unbesetzte Stellen im ASD. Die Kollegen sind sehr, also haben sehr viel zu bewältigen, haben viel zu viele Fälle, die sie bearbeiten müssen. Das schlägt sich natürlich dann in dem Kontakt auch ein Stück nieder. Aber unsere Jugendamtskollegen sind immer ansprechbar. Das ist das Schöne. Also sie melden sich auch und schreiben auch zurück. Ähm, als Therapeutin nehme ich an den Hilfeplangesprächen teil, an jedem Hilfeplangespräch der Kinder, die bei mir in Therapie sind, um also dort auch zu gucken, wo sind	Viele, unbesetzte Stellen im ASD Chemnitz mit Auswirkung auf Austausch. Große Bemühung der ASD-Fachkräfte, Austausch im Netzwerk dennoch mit guter Qualität beizubehalten (Rückmeldungen). Teilnahme der Therapeutin an jedem HPG, um	Spannungsfeld Personal Austausch mit ASD HPG	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit

	weitere Bedarfe. Um natürlich auch den Kindern und Familien zu zeigen, was hat gut geklappt, um sie dann auch zu weiteren ...äh...für weitere Dinge zu motivieren. Und es finden auch... in schwierigen Fällen finden auch Fachgespräche gemeinsam mit dem ASD- dem Jugendamt- statt, wo also auch erstmal aus der Sicht der verschiedenen Professionen beraten wird, was könnte gehen/ was wäre vielleicht erforderlich?	weitere Bedarfe zu eruieren für die Gesamthilfe, Erfolge vor dem ASD auch motivierend und selbstwertstärkend zu benennen. Fachgespräche mit dem ASD und weiteren Fachkräften zur multiprofessionellen Abklärung und Beratung von weiteren Schritten und Bedarfen.	Fachgespräche/ Fachaustausch	beit im Netzwerk
6/24	Wer nimmt an diesen Fachgesprächen teil?			
6/24	Der ASD, dann die Kollegen aus den Wohngruppen oder Lehrer. Also Eltern und Kinder in dem Falle nicht. Das ist wirklich dann ein Fachgespräch. Das sagt schon der Name- die Fachkräfte, die daran teilnehmen. Wenn Kollegen aus dem ambulanten Bereich mit den Kindern arbeiten, dann auch diese bei Bedarf.	ASD, Fachkräfte aus WG, ggf. Lehrer, ggf. Fachkraft aus ambulantem Bereich	Teilnehmer Fachgespräche/ Fachaustausch	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
6/25	Welche Bedeutung bemessen Sie dabei der Zusammenarbeit und dem Austausch zwischen Ihnen und Ihren Kollegen und dem ASD bei?			
6/25	Ja, das hat eine große Bedeutung. Ich denke, wenn Hilfen gut koordiniert sind, wenn Kollegen in den WG`s wissen, warum therapeutische Interventionen erfolgen, warum die notwendig sind aus dem Bedarf des Störungsbildes heraus und das verstanden haben, dann ist auch die Bereitschaft, das durchzuführen, ein ganzes Stück	Gute Koordination der Hilfen und Verständnis zu therapeutischen Interventionen trägt zur Umsetzungsbereitschaft der Strategien im Alltag bei. Wenn pädagogische Fachkräfte	Bedeutung der Zusammenarbeit im Netzwerk Therapeutin-WG	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe

	größer und mit den Kindern daran zu arbeiten. Wobei das sehr unterschiedlich ist, also Kollegen auch ...also es auch Kollegen gibt, die die Kollegen von bestimmten therapeutischen Maßnahmen nur schwer einsehen können, weil sie zusätzliche Arbeit verursacht.	besprochene Inhalte durchsetzen, dann unterstützt das auch das Kind und den Jugendlichen. Fachkräfte aus den WGs sind teilweise nicht gewillt, zu üben wegen des Mehraufwandes im WG-Alltag.	Spannungsfeld in der Zusammenarbeit	
6/25	Zum Beispiel das Toilettentraining, ja. Was also ein großes Thema ist bei Enkopresis oder Enuresis, wo also Kinder oder kleinere Kinder durchaus die Unterstützung der Kollegen brauchen beim Toilettentraining und es Kollegen gibt, die sagen: "Das ist aufgrund von Personalmangel und anderen Dingen nicht handhabbar.". Und das natürlich dann nicht zum Erfolg führt, ja. Das wäre so ein Beispiel.	Beispiel für Spannungen in der multiprofessionellen Zusammenarbeit: Kollegen aus WG sind trotz des Bedarfs an Toilettentraining nicht bereit, dieses zu unterstützen.	Spannungsfeld Bedarf und Umsetzungsbereitschaft therapeutischer Maßnahmen	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
6/26	Okay, ich habe also auch richtig verstanden, dass Sie die Kollegen aus den Wohngruppen oder die ambulanten Kollegen und Kolleginnen auch beraten? Fachlich beraten aus therapeutischer Sicht, wenn diese Fragen an Sie haben?		Therapeutische Beratung pädagogischer Kollegen	
6/26	Das ist ein weiterer Baustein, dass ich also einmal monatlich an Teambesprechungen in den Wohngruppen teilnehme, wo also die Kinder besprochen werden und wo also auch Maßnahmen oder Ereignisse oder Konflikte, die es gegeben hat, mit dem Team und dem Therapeuten besprochen werden. Und dort nach Interventionen gemeinsam geschaut wird. Nur bei den Kindern, die ich in Therapie habe. Aus der jeweiligen Wohngruppe, aus der die Kinder	Teilnahme der Therapeutin an Teambesprechungen vor Ort in WG (1x pro Monat). Inhalte: Situationsanalysen und Erarbeitung geeigneter Interventionen; Austausch zum Kind	Teambesprechungen in WG Lebensweltorientierung SV der pädagogischen Fachkräfte Qualitätssicherung	Qualitätssicherung und Evaluation Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk

	kommen.			
6/27	Welche Vor- und Nachteile hat es denn für Sie, an den HPG`s teilzunehmen?			
6/27	<p>Ich finde es sehr vorteilhaft, an den HPG`s teilzunehmen, da dort... da man erstmal einen Überblick bekommt, wo stehen die Kinder, wo stehen die Familien, wie hat die Therapie sich auch insgesamt ausgewirkt, wie haben die Kollegen in den WG`s und wie haben die Eltern bestimmte therapeutische Maßnahmen auch empfunden. Ja, das ist immer.... und es ist natürlich wichtig, dass die Kinder dort auch für ihre therapeutische Arbeit, die sie leisten, also dort auch vor den anderen Gremien mal ein großes Lob bekommen. Ja, oder die Kinder auch mal berichten können, was sie denn in der Therapie so alles erreicht haben. Und da ist es immer ein sehr schöner Rahmen und das Jugendamt interessiert sich ja natürlich als Geldgeber auch immer sehr für diese therapeutischen Ergebnisse, die erreicht worden sind. Und von daher ist dort bei den Hilfeplangesprächen, wenn also die Teilnehmer alle da sind, ein sehr guter Rahmen. Ich weiß Bescheid. Und ich würde jetzt sagen, Nachteile...äh... finde ich eigentlich nicht, dass es Nachteile gibt bei den Hilfeplangesprächen. Natürlich muss man Zeit dafür aufbringen. Und das ist auch wieder so etwas: Netzwerkarbeit ...so ein Hilfeplangespräch sind immer zwei Stunden am Nachmittag....und die Zeit muss man sich natürlich nehmen.</p>	<p>Therapeutin empfindet Einbezug in Hilfeplanung und Teilnahme an HPG als vorteilhaft, weil es bringt:</p> <p>guten Überblick zur Lebenswelt der Kinder, Jugendlichen und Familien; zu deren Hilfebedarfen und zur Evaluation therapeutischer Maßnahmen; Möglichkeit zum Lob und zur Motivation der Kinder, Jugendlichen.</p> <p>Keine direkten Nachteile zur Teilnahme am HPG ersichtlich.</p> <p>Zeitlicher Aufwand zur Teilnahme muss eingeplant werden (2Stunden am Nachmittag).</p>	<p>Bedeutung der Netzwerkarbeit im Sinne der Hilfeplanung</p> <p>HPG als Evaluation therapeutischer Maßnahmen</p> <p>Anforderungen an die Therapeutin (Zeitaufwand)</p>	<p>Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p>
6/28	Wie läuft die Evaluation des therapeutischen Angebotes ab und was haben denn die bisherigen Evaluationen und Erfahrungen			

	gezeigt/ ergeben?			
6/28	<p>Also dieses therapeutische Angebot wird in der Regel aller zwei bis drei Jahre evaluiert mit dem Jugendamt und der Geschäftsleitung unseres Vereins. Äh... durch die Coronazeit war es leider nicht möglich, diese Evaluation so konsequent in diesem Zeitrahmen einzuhalten, sodass jetzt also demnächst auch wieder eine Evaluation ansteht. Im Zuge dessen, hatte ich Ihnen schon berichtet, wir also auch Nachbetreuungsplätze schaffen wollen aus den Erfahrungen heraus. Die Evaluation der einzelnen Therapieangebote erfolgt einmal über Prä- und Posttests, ja. Zum anderen über einen Evaluationsbogen, den die Kinder und Jugendlichen, die Eltern, die WG`s bei Beendigung des therapeutischen Angebotes bekommen. Dass sie also dort einschätzen, welche Ziele haben sie erreicht, was hat ihnen gut getan in der Therapie, was war hilfreich, was war weniger hilfreich, also konnten sie insgesamt profitieren? Also das sind die Möglichkeiten der Evaluation und natürlich ...äh...wird im Grunde genommen auch bei Hilfeplänen auch evaluiert, indem die Erreichung der jeweiligen, einzelnen Ziele im jeweiligen Berichtszeitraum besprochen werden, hat auch ja ein Stück weit von einem Evaluationscharakter.</p>	<p>Evaluation des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. erfolgt i.d.R. aller 2 – 3 Jahre.</p> <p>Anforderungen der Coronazeit haben regelmäßige Evaluation erschwert.</p> <p>Erfahrungen bisheriger Evaluationen: Schaffung von Nachbetreuungsplätzen ist notwendig</p> <p>Evaluation erfolgt über Prä- und Posttests in Diagnostik der Therapien; Evaluationsbögen für Kinder, Jugendliche, Eltern und WG-Fachkräfte, über Einschätzungen zur Zielerreichung in den HPGs</p>	<p>Evaluation des therapeutischen Angebotes</p> <p>Einfluss der Coronapandemie auf die Evaluation</p>	<p>Qualitätssicherung und Evaluation</p>
6/29	Wie groß schätzen Sie denn die Erfolgsquote der Rückführung der Kinder und Jugendlichen ins Elternhaus ein?			
6/29	Das ist natürlich abhängig von den Gegebenheiten, von den anamnestischen Gegebenheiten, von den speziellen Situationen, aus	Erfolg der Rückführung ist abhängig von: Spezifischen	Erfolgsquote der Rückführung	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver

	denen die Kinder kommen. Aber aus der Erfahrung heraus haben wir also in den letzten Jahren....kann man sagen, ist es bei mehreren Kindern oder immer mehr Kindern gelungen, auch die Rückführung ins Elternhaus zu gewährleisten.	Lebenssituationen der Kinder und Jugendlichen; deren anamnestischer Gegebenheiten; Mitarbeit der Eltern		Sicht aller Akteure
6/29	Könnten Sie dies prozentual eingrenzen, oder fällt Ihnen dies schwer?			
6/29	Das fällt mir jetzt gerade schwer. Ich habe aber in den letzten Jahren einige Kinder gehabt, die wieder - allerdings dann mit ambulanten Hilfen, also nicht einfach- ins Elternhaus zurückgegangen sind. Aber ich könnte Ihnen jetzt die genaue Zahl nicht nennen. Aber tendenziell hat es zugenommen.	Leichte Zunahme der Rückführungen in den Haushalt der Eltern. Keine prozentuale, quantitative Angabe, möglich.	Rückführung	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
6/30	Was unterscheidet denn Ihr therapeutisches Angebot Ihrer Meinung nach maßgeblich von einem herkömmlichen psychotherapeutischen Angebot?			
6/30	Also das Klientel, Patienten, die Menschen, die das Angebot wahrnehmen...wie wir es auch immer nennen wollen...ist also denke ich wesentlich, wesentlich bedürftiger...tiefgreifendere Störungsbilder und natürlich die Motivation ist wesentlich geringer als bei Menschen, die eine ambulante Therapie von sich aus aufsuchen und von der Krankenkasse eine Genehmigung der Therapie natürlich erwarten. Also das sind schon große Unterschiede. Und die Komplexität der Störungen ist denke ich auch noch einmal viel tiefgreifender, also tiefgreifendere Störungen, komplexere Störungen....aufgrund Jugendhilfee Erfahrungen, also Kinder, die aus schwierigen Verhältnissen kommen, traumatisierte Kinder, also das ist	Bedürftigere Patienten mit tiefgreifenderen und komplexeren Störungsbildern, meist geringere Therapiemotivation zu Beginn der Therapie, Patienten und deren Familien aus schwierigen Verhältnissen; oft traumatische Erfahrungen	Vergleich ambulante Therapie und Therapie des KJF e.V. Anforderungen an die Therapeutin Komplexität	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe

	schon denke ich ein großer Unterschied zur ambulanten Therapie.			
6/30	Und ich habe noch verstanden, dass auch Ihre Flexibilität in Ihrer Arbeit anders ist als im ambulanten Bereich.			
6/30	Das ist natürlich auch, also dass durch diese nicht statische Vorgabe von Stundenzahlen und von Anträgen an Gutachter ist es also schon so, dass dort auch individueller aus meiner Sicht auf Bedarfe und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und psychische Störungsbilder eingegangen werden kann. Und ich denke auch, dass es in der Beziehungsgestaltung auch einen Einfluss hat.	Durch Ausbleiben statischer Vorgaben durch KK und Gutachter ist individuellere Sicht auf Bedarfe und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und auf deren Störungsbilder möglich. Beziehungsgestaltung als wichtiger Faktor in KJHG-Therapie	Flexibilität Vorteil des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
6/30	Dass die Kinder und die Jugendlichen also sehr viel länger Zeit haben, Beziehungsaufbau mit der Therapeutin zu betreiben. Dass also auch Tests noch nicht so zeitig ausgegeben werden an die Kinder. Dass es einfach wirklich erstmal um Kennenlernen geht, um Spielen geht, dass also dort in dieser Kennenlernphase...also dass dort dieser Phase ein großer Raum gegeben wird.	Im Hauptfokus der Probatorik steht Beziehungsaufbau. Zeit lassen dafür und nicht stören durch zeitige Testungen.	Beziehungsaufbau	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe Potenziale des therapeutischen Angebotes
6/30	Ja, es hat also nicht so einen klinischen, so einen klinischen Charakter- so einen Arztcharakter. Ich denke, es ist einfach eine lockerere Atmosphäre.	Lockere Atmosphäre, weniger Arztcharakter	Merkmal der therapeutischen Arbeit bei KJF e.V.	
6/31	Worin sehen Sie Chancen und Potenziale aber auch den Entwicklungsbedarf Ihres			

	therapeutischen Angebotes im Rahmen des KJHG? Vielleicht erstmal: Worin sehen Sie denn Chancen dieses Angebotes?			
6/31	<p>Ja, ich sehe zum Beispiel die Chance, auch die Menschen zu erreichen, denen Zugang zu Therapie sehr schwerfällt. Die also auch aus Schichten kommen, die schon sehr viel schlechte Erfahrungen gemacht haben. Auch Menschen zu erreichen, die sehr tiefgreifende Störungen haben, Menschen zu erreichen, die sehr unmotiviert sind oder auch Menschen, die sehr depressiv sind und die den Weg zum Therapeuten schlecht finden, dass man da auch mal vor Ort gehen kann. Also das ist eine große Chance, denke ich, da auch diese Menschen zu erreichen. Es ist auch, denke ich, eine große Chance, wenn man am Bedarf arbeiten kann und nicht nach Vorgaben oder Stundenvorgaben oder immer so nach Finanzen arbeiten muss. Ich denke, das ist schon eine große Chance, dort auch Erfolge zu erreichen. Auch Eltern zu motivieren im Zuge der Bezugspersonenarbeit. Weil auch mit Eltern muss man erstmal einen Beziehungsaufbau machen, und man kann einfach erstmal in den Beziehungsaufbau gehen, ohne gleich in die speziell defizitorientierte Richtung zu gehen- "Wir müssen daran arbeiten, daran arbeiten!"- sondern sehr ressourcenorientiert zu arbeiten. Zu schauen, was ist denn an positiven Dingen vorhanden. Ja, das ist/ sollte allgemein in der Therapie eine Maßgabe sein, aber ...äh...da schaut man eben erst ein bisschen später hin. Erstmal nur</p>	<p>Menschen erreichen, denen Zugang zu Therapie sehr schwerfällt aufgrund vieler, negativer Erfahrungen.</p> <p>Menschen mit tiefgreifenderen Störungen und weniger Therapiemotivation erreichen.</p> <p>Chance auf Kapazitäten zur Lebensweltorientierung</p> <p>Chance durch Bedarfsorientierung und keine finanziellen, organisatorischen Beschränkungen durch die KK.</p> <p>Zeit zum Beziehungsaufbau und zum intensiven Einbezug von Eltern.</p> <p>Zeit zum Kennenlernen und Zeit zum Ausbau des ressourcenfokussierten Blickwinkels. Ressourcen werden auch im Therapieverlauf</p>	<p>Chancen der therapeutischen Arbeit im Rahmen des KJHG</p> <p>Vergleich ambulante Therapie und Therapie des KJF e.V.</p>	<p>Potenziale des therapeutischen Angebotes</p> <p>Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie</p>

	Beziehungsaufbau- das finde ich sehr schön.	noch von enormer Bedeutung sein für die Zielerreichung		
6/31	Was wären aus Ihrer Sicht Potenziale dieses therapeutischen Angebotes, die noch nicht ausgeschöpft werden.			
6/31	<p>Potenzial wäre auf jeden Fall, dass die Kollegen in den WG`s noch zuverlässiger werden und die Kinder, auch die Kleineren, regelmäßig zu den Therapieangeboten schicken. Oft ist es also so, weil dieses Therapieangebot so beständig verfügbar und normal oder besser gesagt so selbstverständlich ist, dass also Kollegen dann auch mal Arzttermine in diese Zeit legen oder sagen: "Heute haben wir keine Kollegen. Wir können das Kind nicht bringen.". Gerade bei kleineren Kindern. Also das sind auf jeden Fall Potenziale, die noch ausgeschöpft werden müssten, um zu schauen, dass das einen Wert hat und nicht selbstverständlich ist. Das wäre auf jeden Fall wichtig. Weiterhin wäre auch ein Potenzial...hatte ich schon mehrfach gesagt...diese Nachbetreuungsangebote, um eben auch bei bestimmten Störungsbildern keinen Therapeutenwechsel unbedingt vollführen zu müssen. Ähm...Potenzial wäre auch, die Zusammenarbeit zwischen Schulen und Therapie weiter zu verbessern, weil das oft sehr mangelhaft noch in der Praxis sich gestaltet. Unterschiedlich von Lehrer zu Lehrer, aber im Großen und Ganzen doch sehr mangelhaft.</p>	<p>Noch mehr Zuverlässigkeit der pädagogischen Fachkräfte in den WG im Schicken und Bringen der Kinder zu den Therapien.</p> <p>Wertschätzung des therapeutischen Angebotes und Priorisierung der Therapietermine.</p> <p>Auch Therapie hat einen Wert und ist nicht selbstverständlich.</p> <p>Potenzial von Nachbetreuungsangeboten</p>	<p>Entwicklungsbedarfe des therapeutischen Angebotes es KJF e.V.</p>	<p>Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe</p>
6/31	Einige Meilensteine....und natürlich auch die Kollegen in den WG`s ...das ist auch so ein großes Anliegen...zu begeistern oder zu	Pädagogische Fachkräfte aus den WG sollten aus Sicht der Therapeutin	Potenziale multifprofessioneller Zusammenar	Qualitätssicherung und Evaluation

	motivieren, auch psychische Weiterbildungen mit Themen dieser Art zu besuchen und sich dafür zu öffnen. Um mit denen da auch auf einer bestimmten Augenhöhe im Sinne der Kinder arbeiten zu können. Ja, sich diesen Themen zu öffnen und bereit zu sein, auch bestimmte therapeutische Maßnahmen mitzutragen.	noch mehr Bereitschaft und Offenheit für Weiterbildungen mit psychologischem/therapeutischem Inhalt haben und sollten therapeutische Maßnahmen mittragen.	beit	
6/32	Gibt es etwas, was Sie sich für Ihre therapeutische Arbeit oder für die gesamte therapeutische Landschaft noch wünschen würden hier in Deutschland.			
6/32	2 Ja...und ich wünsche mir, dass wir alle schön gesund bleiben und weiterhin so arbeiten können. Dass auch das Geld vorhanden ist und dass natürlich Frieden bleibt in unserem Land.	Therapie als: <ul style="list-style-type: none"> - Geschützter Rahmen - Zum Reden und Wohlfühlen - Ort für Spaß 	Verständnis und Anforderung an Therapie	Potenziale des therapeutischen Angebotes

Nr./Frage	Aussage	Paraphrase	Subkategorie	Hauptkategorie
7/1	Und Sie sind ja Heimleiter hier des Heimverbundes des KJF e.V. und gestalten ja dieses therapeutische Angebot im Grunde mit. Und deshalb möchte ich Sie zum Einstieg gern fragen, wie es denn zu diesem therapeutischen Angebot hier kam?			
7/1	Ja, also es war so, dass wir im Heimverbund immer wieder Probleme hatten mit Kindern mit besonderen Herausforderungen, vielleicht auch mit komplexen Hilfebedarfen. Und wenn dann etwas Therapeutisches gesucht wurde, haben wir keine Plätze gefunden- also zum Beispiel in der	Probleme mit Kindern mit komplexen Hilfebedarfen. Therapeutensuche oft erfolglos oder zu lange Wartezeiten.	Entstehungsgeschichte des therapeutischen Angebotes des KJF e.V. Wartezeit ambulante	Potenziale des therapeutischen Angebotes

	Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das hat einfach zu lange gedauert.		Therapie	
7/1	<p>Also man kann davon ausgehen sechs bis acht Wochen mindestens und meistens war es nur, dass es in Akutsituationen...also wenn es gerade richtig geknallt hat....dann haben die Mitarbeiter auch angerufen und dann gab es eine Krisenintervention. In der Regel war die auch nur 48 Stunden. Da wurde mal geschaut, was ist mit dem Kind. In der Regel kam es dann aber auch in die Wohngruppe zurück, wurde dann vorgemerkt für vielleicht einen längeren stationären Aufenthalt, vielleicht für eine Diagnostik, aber es hat eben gedauert. Und wir haben gesehen, dass es da eben auch häufig zu Hilfeabbrüchen kam, dass Kinder eben nicht in der Wohngruppe bleiben konnten und wurden dann in den KJND zurück oder nach Hause eher seltener...aber es wurde eben eine andere Hilfeform wieder gesucht für das Kind. Und das wollten wir halt vermeiden, weil dadurch entstehen ja immer wieder diese Karrieren "Von Wohngruppe zu Wohngruppe"...ich sage mal, dieses Wohngruppenhopping. Das wollten wir vermeiden. Und dann hatten wir natürlich auch viele Sachzerstörungen in Wohngruppen, dass Kinder sich eben auch so ausagiert haben in ihrer Frustration, dass sie eben auch gegen Möbel/ gegen Einrichtungsgegenstände/ gegen andere Kinder/ manchmal ich gegen das Personal aggressiv agiert haben. Und da war uns klar, wir müssen was tun. Wir können jetzt nicht warten, dass wir dann irgendwie einen Therapieplatz bekommen, sondern wir brauchen</p>	<p>Psychiatrische oder therapeutische Hilfe wurde nur in Akutsituationen gewährt. Ansonsten lange Wartezeiten bis zum Gesprächstermin.</p> <p>Hilfeabbrüche, da keine therapeutische Unterstützung geleistet wurde und pädagogisches Personal überfordert war. Folge: Aufenthalt in KJND, selten nach Hause.</p> <p>Wohngruppenhopping sollte vermieden werden.</p> <p>Viele Sachzerstörungen in den WGs durch ungenügende Strategien bei Frust.</p>	<p>Lange Wartezeiten bei ambulanten Therapien</p> <p>Hintergrund zur Entstehungsgeschichte</p> <p>Hilfebedarfe (komplex)</p>	

	<p>eine Therapeutin für den Heimverbund. Und wir haben uns dann auf den Weg gemacht, das mit dem Jugendamt das zu kommunizieren. Weil ja auch immer die Kritik kam, dass die Hilfeabbrüche zu viel sind und dann haben wir gesagt, dann müssen wir was tun, weil dann brauchen die Kinder und auch deren Eltern halt Unterstützung. Und dann machen wir halt die Therapie selbst. Und da hatten wir glücklicherweise die Frau Z.- unsere Therapeutin- die sozusagen diese Idee dann auch entwickelt hat, wie könnte so etwas aussehen. Und wir haben uns dann gemeinsam hingestellt und haben dann dieses Konzept erarbeitet, wobei das jetzt eher die Frau Z. gemacht hat....sie ist ja die Fachfrau. Und haben das dann dem Jugendamt vorgestellt.</p>	<p>Ungenügende Emotionsstrategien der Kinder, vermehrte Sachzerstörungen in WGs, Überforderungen der pädagogischen Fachkräfte, lange Therapiewartezeiten und Hilfeabbrüche haben Idee einer eigenen Therapeutin im Verein auf den Plan gerufen.</p> <p>Konzeptplanung mit Heimleitung und Therapeutin, Geschäftsführung. Danach gemeinsame Vorstellung beim Jugendamt</p>	<p>Konzeptplanung und Finanzierungsidee des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.</p>	
7/1	<p>Ja, mit der Frau Z. und haben gesagt, wir brauchen das für unsere Einrichtung, für unsere zehn Wohngruppen und es müsste aber auch pauschal finanziert sein, damit man jetzt nicht erst immer wieder erst Anträge stellen muss. Wenn die Krise da ist, ist sie da. Wenn ich einen Antrag beim Jugendamt stellen muss, dann dauert das, dauert das und dauert das. Dann ist eigentlich schon alles verpufft, deswegen haben wir gesagt, es muss pauschal finanziert sein, sodass wenn eine Krise da ist, die Frau Z. sofort agieren kann. Dass man einfach anruft und sagt: "Wir haben eine Krise. Das und das ist passiert.". Und die Frau Z. kann sofort kommen oder kann zeitnah einen Termin vereinbaren sozusagen mit dem Kind, oder mit den Eltern oder auch mit den</p>	<p>Verhandlung des therapeutischen Angebotes mit dem ASD:</p> <p>Pauschale Finanzierung, Vermeidung von zu viel Antragsarbeit und Schaffung von Flexibilität, sofortige Interventionen in Krisensituationen ermöglichen</p>	<p>Konzeptplanung</p> <p>Chancen und Vorteile des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.</p>	<p>Potenziale des therapeutischen Angebotes</p>

	Mitarbeitern, sodass wir da relativ schnell reagieren können.			
7/2	Und jetzt frage ich mich, wie lange besteht denn dieses Therapieangebot schon, so wie es jetzt besteht?			
7/2	<p>Ja, also wir haben 2012 erstmal angefangen, uns damit auseinanderzusetzen.</p> <p>Ja und haben das Konzept dann so ein Stück weiterarbeitet und dem Jugendamt vorgestellt. Und ich glaube, so Anfang 2013 sind wir dann (...) an den Start gegangen und haben sozusagen etwas für acht bis zehn Kinder. Das ist jetzt erstmal noch gar nicht so viel, weil wir haben ja insgesamt 87 Kinder, wir hatten zwischenzeitlich auch mal 100 Kinder im Heimverbund....wurde wieder ein Stück zurückgebaut....es ist ja immer Nachfrage und Angebot. Und im Moment sind es 87 Kinder und trotzdem (...) ist das so, dass die Therapeutin manchmal auch mehr als diese acht bis zehn Kinder hat. Man kann das ein bisschen händeln, da manche Kinder einen höheren Bedarf haben, die sind auch mal zweimal pro Woche da oder einmal pro Woche da. Und manche haben vielleicht auch einen geringeren Bedarf und die kommen alle 14 Tage. So und dadurch hat man da noch ein bisschen Spielraum (...) Das haben wir auch bei der ersten Evaluation dann festgestellt, dass wir eigentlich so ein Stück weit über den Bedarf, der vorhergesehen war, zwischen acht und zehn Kinder, dass wir eigentlich immer drüber lagen und dass wir eigentlich immer mehr Bedarf hatten als wir eigentlich verhandelt haben.</p>	<p>Auseinandersetzung erstmals 2012 mit Thematik der KJHG-Therapie.</p> <p>Erarbeitung und Vorstellung beim Jugendamt</p> <p>2013 ist Implementation und Start des Therapieangebotes für 8-10Kinder erfolgt.</p> <p>10 Wohngruppen, 87Kinder im Heimverbund, nicht alle Kinder nutzen das therapeutische Angebot</p> <p>Höherer Bedarf am therapeutischen Angebot als verhandelt beim ASD</p> <p>Flexibilität bei Aufnahme und Therapie von Kindern und Jugendlichen wegen pauschaler Finanzierung</p>	<p>Bestehen des therapeutischen Angebotes</p> <p>Ergebnisse erster Evaluationen</p>	<p>Potenziale des therapeutischen Angebotes</p>
7/3	Gab es denn zwischenzeitlich auch			

	grundlegende Veränderungen bei der Ausgestaltung des Angebotes? Sie sagten gerade "Ah wir haben gemerkt, es war doch ein höherer Bedarf da, als zunächst verhandelt.". Gab es diesbezüglich Veränderungen?			
7/3	Also wir hatten in einer Evaluation mal verhandelt, 0,5 VZE, also das sind 0,5 Mitarbeiter mehr, also 20 Stunden einzustellen. Dazu ist es aber nicht gekommen, weil wir keine Person gefunden haben, die das hätte ausfüllen können.	Personelle Verstärkung war vorgesehen nach Evaluation mit halber Stelle. Keine passende Arbeitskraft für die ausgeschriebene Stelle.	Evaluation und Veränderung en/ Entwicklungen des therapeutischen Angebotes	Evaluation und Qualitätssicherung Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
7/3	Ja, wir haben gemerkt in der Arbeit, dass die Mitarbeiter mitgenommen werden müssen. Und es gab immer wieder doch fachliche Auseinandersetzungen, denn die Mitarbeiter schauen mit einem pädagogischen Blick auf den Fall und sehen praktisch ihre eigene Wohngruppe und die Bedingungen und die Therapeutin schaut von außen drauf und schaut mit einem therapeutischen/psychologischen Blick drauf. Und da gab es dann schon unterschiedliche Ansätze, dass eine Therapeutin Vorschläge gemacht hat, wie mit dem Kind gearbeitet werden sollte bezogen auf bestimmte Verhaltensauffälligkeiten, auf bestimmte Symptome oder auf bestimmte Krankheitsbilder. Und ein Mitarbeiter, der vielleicht "nur" eine pädagogische Ausbildung hat, hat das manchmal nicht so verstanden. Und da sind wir dann zu der Idee gekommen, wir müssen manchmal auch noch ein Stück weit Fachwissen vermitteln.	Kontroversen zwischen pädagogischem Blick und therapeutischen Sichtweisen Wichtigkeit auf Einbezug der Mitarbeiter in die therapeutische Arbeit Idee auf Weiterbildung der pädagogischen Fachkräfte durch Einbezug und multiprofessionelle Zusammenarbeit (Fachwissen und Psychoedukation durch Therapeutin). Erhöhung der Mitwirkungsbereitschaft der Fachkräfte durch Einbezug und Psychoedukation	Spannungsfeld Multiprofessionelle Zusammenarbeit Weiterbildung pädagogischer Fachkräfte	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
7/3	Wie konnten Sie das erreichen?			

7/3	Das ist natürlich immer ein fortlaufender Prozess, weil wir ja in den Wohngruppen auch immer neue Mitarbeiter haben, die kommen. Andere gehen wieder, junge Frauen werden schwanger, sind wieder weg, dann kommen wieder andere Personen...sodass wir eigentlich immer fortlaufend schauen müssen, wie wir diese Mitarbeiter immer wieder mitnehmen. Und diese Auseinandersetzungen wird es immer geben. Wir haben es uns etwas einfacher vorgestellt, aber in der Praxis ist es dann manchmal schwieriger.	Mitarbeiterfluktuation erschwert Fortbildung der pädagogischen Fachkräfte Austausch und fachliche Auseinandersetzungen gestalten sich manchmal schwierig.	Spannungsfeld Potenziale des therapeutischen Angebotes/ pädagogischen Angebotes in den WGs	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
7/4	Welche Position nehmen denn Sie bei der Ausgestaltung des Therapieangebotes ein? Ich hatte so einen Stichpunkt hineingeschrieben- Organigramm- wie ist das?			
7/4	Also vom Organigramm ist es eigentlich so, dass über uns die Geschäftsstelle steht mit der Geschäftsführerin. Und dann komme ich praktisch darunter als "Leiter Heimverbund" und unter mir sind sozusagen noch "Hausleiter und Stellvertreter" von den einzelnen Wohngruppen. Und der Geschäftsleitung unterstellt haben wir eine "Fachberatung" und die "Therapeutin". Und die sind natürlich eigenständig, das bedeutet sie sind mir nicht unterstellt und ich bin auch nicht weisungsberechtigt. Das heißt also, die Therapeutin ist eher der Geschäftsstelle unterstellt und wird auch dort alles, was sie betrifft, abstimmen. Und kann aber in ihren Handlungen frei agieren.	Organigramm: Über Therapeutin und Heimleitung steht Geschäftsführung. Unter Heimleitung Hausleiter und Stellvertreter für WGs. Fachberatung und Therapeutin als ebenbürtig zur Heimleitung und eigenständig. Kann frei agieren. Heimleitung nicht weisungsberechtigt ggü. Therapeutin.	Organisation und Organigramm	Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team
7/4	Wir haben das bewusst entschieden, weil das ganz wichtig ist, dass die Therapeutin in ihrer Arbeit unabhängig von der	Therapeutin muss in ihrer Arbeit	Rollenverständnis Therapeutin und	Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im

	<p>Heimleitung ist. Also vielleicht haben wir ja auch schon gespürt, dass es ja durchaus Unterschiede geben kann in der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen. Also weil natürlich der Heimleiter insbesondere auch erstmal für die Wohngruppen steht und für die Mitarbeiter steht. Und der Therapeut muss aber unabhängig arbeiten können von irgendwelchen Weisungen, die also von der Leitung dann kommen sollten. Und das geht also auf partnerschaftliche...also auf Augenhöhe müssen wir das machen. Das heißt, wir treffen uns auch zu Absprachen und die Therapeutin (...) klärt auch, was es gibt für Probleme mit den Wohngruppen, wir reden schon darüber. Auch so dass ich manchmal auch auf die Wohngruppen nochmal Einfluss nehmen kann. Aber es ist eben auf einer Augenhöhe und gleichen Höhe! Und nicht, dass ich von oben herab als Leiter sage "Liebe Therapeutin, du musst das jetzt so und so machen!". Denn die Therapeutin muss unbedingt unabhängig sein!</p>	<p>unabhängig von der Heimleitung sein.</p> <p>Heimleiter steht für pädagogische Fachkräfte zur Verfügung und Therapeutin muss auch mal kritisch sein dürfen mit Arbeit der Fachkräfte.</p> <p>Austausch zwischen Heimleitung und Therapeutin über Potenziale und Schwierigkeiten in den WGs</p> <p>Austausch und Arbeit auf Augenhöhe im multiprofessionellen Team</p>	<p>Heimleitung</p> <p>Austausch Therapeutin und Heimleitung</p>	<p>multiprofessionellen Team</p>
7/5	<p>Worin genau bestehen denn Ihre Aufgaben als Heimleiter ganz konkret?</p>			
7/5	<p>Also konkret ist es so, dass wir das System so eingeführt haben, dass die Wohngruppen mir erstmal melden, wenn sie einen Bedarf für ein Kind sehen, dass da Therapie erfolgen muss. Also entweder melden sie eine Krise oder sie melden ein Problem, was ein Kind hat oder auch vielleicht ein Problem, was mit den Eltern zu tun hat. Und dann spreche ich mit der Therapeutin und prüfe ab, wie sind</p>	<p>WG meldet therapeutischen Bedarf eines Kindes oder Jugendlichen bei Heimleitung (Krise, Probleme, Probleme mit Eltern).</p> <p>Heimleiter koppelt Infos zurück mit Therapeutin des</p>	<p>Rollenverständnis Heimleitung</p> <p>Hilfearbeit</p>	<p>Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team</p>

	<p>die Kapazitäten, haben wir da noch Möglichkeiten und wie könnte die Hilfe aussehen. Also die Wohngruppen müssen auch immer eine Aufgabe...also ein Ziel... formulieren, was sollte die Therapeutin machen, um was geht es da eigentlich. Und das teile ich dann der Therapeutin mit. Und dann ist es so, wenn dieser Platz besteht...also wenn da Freiraum da ist...dann wird der Kontakterzieher und das Kind zu einem Vorstellungsgespräch kommen. Und dort wird man dann gucken, ob man miteinander arbeiten kann. Weil es hängt ja auch immer davon ab, ob ein Kind oder ein Jugendlicher das auch möchte. Also es besteht immer diese Freiwilligkeit, das Angebot anzunehmen. Und es kann ja manchmal auch sein, man lernt sich kennen und ist sich nicht sympathisch und (...) wird nicht offen sein für die Therapie, dann wird sie auch nicht stattfinden.</p>	<p>Heimverbundes und gemeinsame Prüfung von Kapazitäten.</p> <p>WG muss vor Hilfebeginn Ziele und Bedarfe des Kindes benennen. Werden an Therapeutin weitergegeben.</p> <p>Vorstellungsgespräch des Kindes/ Jugendlichen mit ggf. Begleitung des Kontakterziehers zum Erstgespräch.</p> <p>Prinzip der Freiwilligkeit zur Nutzung des therapeutischen Angebotes seitens des jungen Menschen. Mitwirkungsbereitschaft als wichtiger Faktor für Therapiestart.</p>	<p>Prinzip der Freiwilligkeit</p>	<p>Einbindung des jungen Menschen und der Familie in den Hilfeprozess</p>
7/5	<p>Wir wollen das einfach so organisieren, dass nicht jede Wohngruppe selber anruft und unabhängig dann irgendwas ausmacht, sondern es soll schon bisschen koordiniert sein. Und dass da der Leiter Bescheid weiß. So weiß ich auch Bescheid, wo Krisen sind und wo Probleme sind. Und es ist auch wichtig, dass ich dann erst mit der Therapeutin spreche, wie die Kapazitäten sind.</p>	<p>Heimleitung als Koordination und Vermittler für therapeutische Hilfe zwischen Therapeutin und WG.</p> <p>Informationsfluss im Hilfenetzwerk.</p>	<p>Organisation der Hilfeanbahnung</p> <p>Rollenverständnis Heimleitung</p> <p>Arbeit im Netzwerk</p>	<p>Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team</p>
7/6	<p>Welche Kinder haben Zugang zu diesem therapeutischen Angebot des Heimverbundes?</p>			

7/6	<p>Also im Prinzip ist es für alle Kinder des Heimverbundes möglich, wobei ja nicht jedes Kind diesen Bedarf hat. Das heißt, es wird wirklich nur dann genutzt, wenn wir merken, ein Kind hat einen besonderen Bedarf. Das kann manchmal... wir haben es jetzt aktuell, ein Kind, wo gerade die Mutter verstorben ist und dann so psychische Befindlichkeiten hochkommen, oder wenn bestimmte Störungsbilder da sind. Also es kann eine Essstörung sein, es können schlechte Träume sein, oder eben Verhaltensauffälligkeiten da sind- Aggressivität, wo man dann eben mal gucken muss, wo kommen die her, was sind die Hintergründe- ...oft auch Frustration, weil Kinder möchten nach Hause zurück, können aber nicht, möchten aber zu ihren Eltern. Und dann stellen wir halt fest, bei den Eltern sind bestimmte Sache ungeklärt oder in den Abläufen Zuhause stimmt etwas nicht. Ich glaube, das Wichtigste ist eben auch, dass die Eltern miteinbezogen sind in so eine Therapie. Also die Frau Z. prüft dann auch, wie weit Mutter und Vater oder das gesamte Familiensystem mit herangezogen werden, um einfach mal zu schauen, was ist denn da los. Und wir hatten eben schon Fälle, wo die Frau Z. dann ganz einfache Dinge mal klären konnte. Entweder war es der Wohnraum, der nicht vorhanden war oder der Strom, der abgestellt war. Oder es war einfach auch nur, wie gehe ich mit dem Kind um am Wochenende? Braucht das Kind einen Plan für das Wochenende- so einen Handlungsleitfaden dann auch. (...)</p> <p>Dass die Kinder auch</p>	<p>Therapeutisches Angebot des KJF e.V. für alle Kinder des Heimverbundes des KJF e.V. mit therapeutischen Bedarfen nutzbar.</p> <p>Z.B. therapeutischer Bedarf entsteht z.B. bei Tod eines Elternteils, psychischen Erkrankungen (Essstörung), Albträume, Verhaltensauffälligkeiten, hoher Frustrationstendenz</p> <p>Einbezug der Eltern in die Therapie ist von enormer Wichtigkeit, um Kindern die Rückführung zu ermöglichen und bessere Bedingungen im Elternhaus zu schaffen</p> <p>D.h. Klärung einfacher organisatorischer Probleme wie Wohnraum und Strom sicherstellen.</p> <p>Mit Eltern einen Handlungsleitfaden entwerfen für den Umgang mit dem Kind.</p>	<p>Zielgruppe des therapeutischen Angebotes</p> <p>Lebenslagen</p> <p>Bedeutung der Elternarbeit</p>	<p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p> <p>Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess</p>
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	zurückkönnen, wenn die Eltern ihre Probleme gelöst haben.			
7/7	Und wie ist es denn, wenn ein Kind beispielsweise von einem anderen Jugendamt, beispielsweise Dresden, Leipzig oder vielleicht auch aus einem anderen Bundesland, hier bei Ihnen im Träger landet? (...) Hat das Kind dann Zugang zu diesem Angebot?			
7/7	Es ist natürlich so, dass dieses Angebot mit dem Jugendamt Chemnitz pauschal verhandelt ist. Aber wir haben schon bei der Verhandlung daran gedacht, dass man auch gucken muss, wenn andere Jugendämter da sind.... das sind ja meistens Jugendämter hier aus der Umgebung- also Erzgebirgskreis, Mittelsachsen, Zwickau usw.- dass man auch diesen Kindern, wenn sie Probleme haben, das öffnet. Dann ist aber die besondere Herausforderung, dort müssen wir dann erstmal mit dem Jugendamt klären, wer die Kosten übernimmt. Hier ist es dann so, dass wir dem Jugendamt dann sagen müssen "Anteilig wird das herausgerechnet dieser Kostenplatz. Also es gibt eine Pauschalfinanzierung und eine Gesamtsumme und dann hat das Jugendamt Chemnitz einen Einzelplatz berechnet. Und das sind eben 845, 99 Euro aktuell pro Monat. Und das Jugendamt außerhalb von Chemnitz müsste sozusagen dann diesen Kostensatz übernehmen, wenn das Kind durch die Therapeutin betreut werden muss.	Therapeutisches Angebot ist nur mit dem ASD der Stadt Chemnitz verhandelt und wird pauschal finanziert. Kinder des Heimverbundes des KJF e.V. von anderen Jugendämtern haben Zugang zum Angebot, wenn entsprechender ASD das therapeutische Angebot zahlt. Einzeltherapieplatz kostet pro Monat für den Jugendlichen 845,99 Euro.	Finanzierung und Rahmenbedingungen des Angebotes Spannungsfeld – Kostenübernahme der Therapie durch auswärtige Jugendämter	Potenzial des therapeutischen Angebotes Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
7/7	Ja, die Chance ist auf jeden Fall da, weil die Sozialämter ja auch wissen, wenn das Kind hier bei uns nicht weiter betreut werden kann, weil es eben die vielen Defizite und Auffälligkeiten hat, müssen die	Vermeidung von Hilfeabbrüchen wird angestrebt, sodass das therapeutische Angebote teilweise auch von	Zielgruppe Spannungsfeld –	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe

	nach einer Einrichtung suchen. Und das ist GANZ schwierig für Kinder. Das ist ja das SGB IX, was da zum Tragen kommt, und dort gibt es nicht so viele Einrichtungen, die da mit solchen Kindern umgehen können.	auswärtigen Jugendämtern finanziert wird. Zu wenige Einrichtungen, die mit komplexen Hilfebedarfen von Kindern und Jugendlichen aus dem SGB IX gut klarkommen.	Versorgungs- lage	
7/8	Wissen Sie, wie viele Therapieplätze derzeit eigentlich (...) vorhanden sind oder genutzt werden?			
7/8	Genutzt werden, ja. Also ich glaube, das liegt so zwischen (...) zehn und vierzehn. Also es sind in der Regel so drei bis vier mehr.	Therapeutischer Bedarf im Verein ist größer als verhandelte Plätze vorhanden sind. 10-14 Plätze werden genutzt.	Therapieplätze Bedarfsorientierung	Qualitätssicherung und Evaluation
7/8	Hat sich die Pauschale dadurch vergrößert?			
7/8	Nein! Wir hatten eine Evaluation. Es bleibt trotzdem bei den acht bis zehn Fällen. Die Kostenberechnung ist im Mittel von neun Plätzen berechnet worden, sodass man da einen Wert gefunden hat. Aber es war von Anfang an klar, dass es nicht ganz punktuell ausgelegt ist, sondern dass es auch einen kleinen Spielraum gibt. Und wir hatten bei der Evaluation eben auch darauf hingewiesen, dass die Therapiebedarfe unterschiedlich sind. Wie gesagt, bei manchen Kindern reicht eben auch aller 14 Tage, vielleicht auch aller drei Wochen ein Gespräch. Und manche haben es intensiver. Man kann das nicht so genau festlegen, sondern es orientiert sich wirklich immer an dem Bedarf der Kinder und manchmal der Familien, die im Hintergrund stehen.	Flexibilität kann durch Pauschalfinanzierung des Angebotes geschaffen werden, auch hinsichtlich der Therapieplätze. Anpassung der Kapazitäten durch unterschiedliche Therapiebedarfe (wöchentlich, monatlich) der Kinder. Bedarfsorientierung bei jungen Menschen und deren Familien	Chancen des therapeutischen Angebotes: Pauschale Finanzierung Flexibilität bei Frequentierung Bedarfsorientierung	Qualitätssicherung und Evaluation

7/9	Wie hoch ist denn der Bedarf, der gerade durch die Jugendämter oder anderen Institutionen an Sie herangetragen wird - an den Heimverbund?			
7/9	Ähm (...), meistens ist es doch so, dass es erst herangetragen wird, wenn die Kinder in der Wohngruppe sind. In der Regel bei Aufnahmen bekommt man den Sozialbericht und dann prüft man, was hat das Kind für einen Hilfebedarf. Und wenn sich das schon abzeichnet, dass dort eine therapeutische Begleitung notwendig ist, dann wird das im Vorfeld schon besprochen und dann (...) wird auch die Frau Z. mit involviert. Aber die meisten Fälle kommen wirklich erst, wenn die Kinder schon da sind einige Zeit. Und wir merken dann, da stimmt was nicht oder da bricht was auf und dann kommen die meisten Fälle eigentlich aus den Wohngruppen erst als Anfrage. Ich würde fast sagen, über 90 Prozent kommt dann aus den Wohngruppen.	Prüfung des Sozialberichtes auf eventuelle therapeutische Bedarfe und Hinzuziehen der therapeutischen Meinung. Feststellung des therapeutischen Bedarfs erfolgt meist nach Aufnahme in die WG und durch Therapieanfragen der pädagogischen Mitarbeiter vor Ort (über 90%).	Bedarfsfeststellung und Hilfeanbahnung	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team
7/10	Wie genau funktioniert denn die Finanzierung?			
7/10	Es gibt eine Pauschalsumme- eine Gesamtsumme- , die errechnet wird pro Jahr und dann wird das durch zwölf Monate genommen und dann hat man praktisch den Einzelplatz sozusagen. Und der Basisplatz, das sind eben diese....(...) äh, es werden neun Plätze berechnet.....und da ist der Kostensatz eben 845,99Euro als pauschale Summe. Und wenn wir aber ein Kind von außerhalb haben, dann müssen wir dann unten im Prinzip diesen Satz schreiben, dass wir das herausrechnen müssen.	Mit dem Jugendamt ist eine Pauschalsumme für 1 Jahr verhandelt. Preis für den Einzelplatz pro Monat ergibt sich aus der Pauschalsumme pro Platz pro Jahr durch 12 Monate. Bei Kindern von anderen Jugendämtern muss Therapieplatz extra berechnet werden.	Finanzierung des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.	Qualitätssicherung und Evaluation

7/10	Das heißt, das Jugendamt Chemnitz zahlt dann in dem Moment weniger Geld. Wenn ein auswärtiges Jugendamt den Platz übernimmt und für sich in Anspruch nimmt, wird die Pauschalsumme des Jugendamtes Chemnitz um diesen Kostensatz reduziert.	Pauschalsumme des ASD Chemnitz wird um entsprechenden Kostensatz reduziert.	Finanzierung des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.	
7/11	In welchen Lebenslagen befinden sich denn die Kinder und Jugendlichen, die dieses therapeutische Angebot nutzen?			
7/11	Ja, es ist häufig so, dass die total benachteiligt sind und aus sozialschwachen Familien kommen. Meistens schon in diesen Familien dort Auffälligkeiten vorhanden waren. Wir sehen das meistens so, dass Kinder häufig auch Symptomträger sind von Vernachlässigung oder von Problemen, die eigentlich die Eltern haben. Das können partnerschaftliche Konflikte sein, die sich dann übertragen; das können Alkoholsucht und Drogenkonsum sein; das kann manchmal auch finanziell sein, dass die Eltern eigentlich gar nicht in der Lage sind, für den Lebensunterhalt zu sorgen und dass sie auf Sozialhilfe angewiesen sind und dann aber eben Auflagen nicht erfüllt haben und Termine nicht wahrgenommen haben.....dann wurde das Geld gekürzt....dann steht plötzlich die Wohnung zur Diskussion....dann ist der Strom abgestellt. Und aus solchen Verhältnissen kommen die Eltern halt und manchmal ist es eben entscheidend, dann auch mit diesen Eltern (...) Auswege zu suchen und vielleicht auch Hilfe zu organisieren, dass die Eltern dort unterstützt werden. Dass da zum Beispiel über finanzielle	<p>Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten und sozialschwachen Familien mit Auffälligkeiten und psychischen Erkrankungen im Familiensystem nutzen das stationäre Angebot und therapeutische Angebot des KJF e.V..</p> <p>Kinder und Jugendliche als Symptomträger von innerfamiliären Konflikten wie z.B. partnerschaftliche Konflikte, Alkohol- oder Drogenkonsum, finanziellen sowie existenziellen Problemen.</p> <p>Aufschließen der Eltern, Hilfe in Anspruch zu nehmen, um wieder</p>	<p>Lebenslagen und Hilfebedarfe</p> <p>Elternarbeit und Netzwerkarbeit</p>	<p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>

	<p>Möglichkeiten ... dass sie da eine Schuldenberatung wahrnehmen und ein Plan aufgestellt wird, wie sie da wieder herauskommen. Damit dann am Ende der Strom wieder funktioniert. Denn nur wenn der Strom funktioniert, kann man dann am Wochenende das Kind beurlauben oder wenn die Heizung funktioniert, sonst geht das nicht. Oder dass eben vielleicht auch geguckt wird, ob eine Familientherapie notwendig ist. Wir haben beim ambulanten Bereich Familientherapeuten, wenn es um partnerschaftliche Konflikte geht, die vielleicht geklärt werden müssen. Ansonsten ist es für das Kind dann schwierig, wieder in ein so prekäres Umfeld hineinzukommen.</p>	<p>Bedingungen zu schaffen, damit Kind zurückgeführt werden kann oder Beurlaubungen stattfinden können. Unterstützungsleistungen für Eltern können sein: Schuldnerberatung, Familientherapie.</p> <p>Kind kann/ darf nicht in prekäre Lebensumstände zurückkehren.</p>		
7/11	<p>Was ist mit den organisatorischen Dingen- sind das Aufgaben der Therapeutin oder gibt es da noch andere Helfer im System?</p>			
7/11	<p>Ich glaube ja schon, dass man schauen muss, wer kann welche Aufgabe übernehmen. Denn eine Therapeutin kann jetzt nicht grundsätzlich zu irgendwelchen Ämtern mitgehen. Also da muss man dann auch wieder mit dem ASD sprechen, dass den Eltern dann vielleicht noch Hilfe beigegeben werden muss.</p>	<p>Therapeutin ist grundsätzlich nicht zur Klärung organisatorischer Dinge bei Ämtern da. Bedarf auf ambulante, pädagogische Helfer kann mit Eltern beim ASD angezeigt werden.</p>	<p>Rollenverständnis zur Rolle der Therapeutin beim KJF e.V.</p> <p>Netzwerkarbeit</p>	<p>Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team</p>
7/11	<p>Sozialpädagogische Familienhilfe zum Beispiel. Da hat sich das Jugendamt manchmal etwas schwer, weil es ja fast eine Doppelfinanzierung ist. Weil sie müssten ja das Kind in der Wohngruppe zahlen und vielleicht den Eltern noch eine Hilfe geben. Das ist nicht ganz so einfach. Ich weiß auch, dass wenn das manchmal zu lange dauert, auch die Therapeutin schon mal mit zum</p>	<p>Bewilligung von doppelten Hilfestationäre Hilfe für das Kind und ambulante Hilfe für die Eltern- ist schwierig beim ASD Chemnitz.</p> <p>Eltern müssen aber einbezogen werden,</p>	<p>Spannungsfeld</p> <p>Rückführungs idee</p>	<p>Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team</p>

	Arbeitsamt gegangen ist oder zu einer finanziellen Stelle wie dem Vermieter, um etwas zu klären und dort einfach zu unterstützen. "Das wird jetzt geklärt!" Weil nur, wenn man mit den Eltern das wirklich aufgearbeitet hat, hat das Kind die Chance auf Rückführung, wieder nach Hause gehen zu können.	um Rückführungsbedingungen oder Beurlaubungen möglichst zu machen. Therapeutin hat im Notfall auch schon bei der Klärung bürokratischer Sachen unterstützt oder hat Weg zur Behörde begleitet.	Anforderung an Therapeutin (Abgrenzung vs. notwendiger Unterstützung)	
7/12	Okay, ich habe verstanden, dass das therapeutische Angebot soll auch bei einer Rückführung des Kindes unterstützen. Das ist das Ziel?!			
7/12	Das ist eines der Ziele. Für das Kind gilt es natürlich erst einmal zu gucken, was hat das Kind für Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, aggressive Tendenzen, um dann darüber zu sprechen, wo kommt das her. Um dann vielleicht auch Konfliktlösestrategien mit dem Kind zu entwickeln, die das Kind in der Wohngruppe auch umsetzen kann, was wiederum auch bedeutet, man muss auch mit den Mitarbeitern sprechen, damit auch die Gegebenheiten dann auch da sind, damit das Kind das umsetzen kann. (...) Aber auf der anderen Seite das auch mit den Eltern zu klären.	Rückführung kann ein Ziel einer pädagogischen und therapeutischen Hilfe sein. Inhalte der Therapie sollen sein: Erarbeitung eines Störungsmodells mit dem Kind, den Eltern und den Mitarbeitern der WG. Erarbeitung von funktionalen Konfliktlösestrategien und Umsetzung im WG-Alltag.	Ziele und Inhalte der therapeutischen Hilfe	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
7/13	Wie schnell kann denn eine Therapie bei Ihnen starten, und wie schnell können dadurch auch dringende Bedarfe abgedeckt werden?			
7/13	Also wenn die Therapeutin freie Plätze hat, dann kann es eigentlich unmittelbar losgehen. Wir hatten auch schon Fälle: Wohngruppe ruft	Bei freien Kapazitäten der Therapeutin kann eine Therapie	Therapiebeginn und Wartezeit Therapie	Potenziale des therapeutischen

	nachmittags an "Das und das ist passiert. Und wir brauchen dringend mal jemanden, der uns dabei unterstützt.", dann ist die Therapeutin auch schon in die Wohngruppe gefahren und hat da vor Ort agiert, sofort und gleich. Wenn natürlich alle Plätze belegt sind, dann wird es schwieriger, weil mehr als vierzehn geht dann wirklich nicht. Die Therapeutin schätzt selbst ein, wie weit sie das händeln kann. Denn wir haben ja die Orientierung auf die maximal zehn Plätze. Dann haben wir nur die Möglichkeit, die Therapeuten der Stadt Chemnitz, wo Kinder hingehen können, zu kontaktieren. Dann gibt es wieder Termine. das braucht Zeit!	zeitgleich starten. Therapeutin fährt zu Kriseninterventionen auch in die Wohngruppe, unterstützt das pädagogische Personal oder agiert selbst. Bei fehlenden, therapeutischen Kapazitäten im Verein werden ambulante Therapeuten kontaktiert. Das braucht jedoch viel Zeit.	beim KJF e.V. Krisenintervention Lebensweltorientierung Inanspruchnahme ambulanter Therapeuten	Angebotes
7/14	Wissen Sie eigentlich, wo derzeit eigentlich die Wartezeit liegt bei ambulanten Therapeuten hier in Chemnitz?			
7/14	Dadurch, dass wir die meisten Kinder hier bei uns unterbringen, ist mir das gar nicht so bewusst. Aber ich glaube, das dauert schon, bis zu vier, fünf Wochen, um da einen Termin zu bekommen. Also sofort bekommt man den nicht. Ja, für ein Erstgespräch, weil ich gehe davon aus schon, dass die Nachfrage nach diesen Gesprächsformen/ nach Therapien oder um überhaupt bei einem Therapeuten reinzukommen, das sehr schwierig ist. Es wird mehr nachgefragt als Kapazitäten da sind.	Die meisten Kinder des Heimverbundes nehmen das interne, therapeutische Angebot in Anspruch. Längere Wartezeiten für ein Erstgespräch beim ambulanten Therapeuten in Chemnitz. Allgemein übersteigt der therapeutische Bedarf die Kapazitäten der Therapieangebote.	Wartezeiten ambulante Therapieangebote Spannungsfeld in der allgemeinen Hilfelandschaft	Potenzial des therapeutischen Angebotes
7/15	Woran orientiert sich denn die Dauer dieser therapeutischen Hilfe?			
7/15	Also bei uns, würde ich jetzt wirklich sagen, gibt es kein Zeitfenster. Wir haben natürlich	Die Therapiedauer richtet sich vordergründig nach	Einflussparameter auf die Therapiedauer	Hemmnisse, Spannungsfelder,

	<p>die Orientierung, dass so im Schnitt zwei Jahre sollte das schon gehen. Eine Therapie dauert immer länger als nur ein halbes Jahr. Die Jugendämter sagen: "In einem halben Jahr könnte man das doch gleich wieder beenden.". So ist das nicht, also eine Therapie braucht in der Regel einen längeren Zeitraum. Aber die Dauer bestimmt dann schon auch die Therapeutin. Und sie schätzt dann regelmäßig auch die Kinder ein und wird auch bei den Hilfeplangesprächen, die ja aller halben Jahre stattfinden sollen, dann auch dazu Stellung nehmen. Wie weit ist man denn und was braucht es noch an Zeit. Und da gibt es schon auch einen Rücklauf dann an den ASD. Und es gibt aber dort keinen Druck, dass man dringend, schnell fertig werden muss. Sondern es wird wirklich an den Bedarfen des Kindes oder teilweise auch an den Bedarfen der Familie/ des Umfeldes geschaut, was da los ist. Was ist geklärt und was ist noch nicht geklärt.</p>	<p>den Bedarfen des Kindes und dessen Eltern und der Zielerreichung.</p> <p>Therapiedauer umfasst kein begrenztes Zeitfenster, aber in der Regel wird ein längerer Zeitraum benötigt (d.h. oft mindestens 2 Jahre).</p> <p>Therapeutin bestimmt die Dauer der Therapie mit und schätzt auch Bedarfe ein. Rücklauf der Einschätzung an den ASD bei Hilfeplangesprächen .</p> <p>Einsparungsbemühungen des ASD gibt es, aber es gibt keinen Beendigungsdruck für Therapien durch den ASD.</p>	<p>er</p> <p>Bedarfsorientierung</p> <p>HPG als Evaluation bisheriger und weiterer therapeutischer Hilfe</p>	<p>Entwicklungsbedarfe</p>
7/16	<p>Was denken Sie, wie wirkt sich die therapeutische Arbeit auf die Dauer der jeweiligen Hilfe und auf die Zielerreichung aus?</p>			
7/16	<p>Also für die Dauer würde ich jetzt nicht sagen, dass das alles schneller gehen muss. Aber für die Zielerreichung ist es sehr hilfreich. Das heißt, wir haben häufiger bei solchen Kindern, die wir dann betreuen eher auch erreicht, dass Kinder ... zum Beispiel wenn sie aggressive Tendenzen hatten, durch Konfliktlösestrategien gelernt haben damit umzugehen....und dadurch hat sich</p>	<p>Therapeutische Arbeit hat aus Sicht der Heimleitung keinen zwingenden Einfluss auf die Therapiedauer aber Einfluss auf die Zielerreichung.</p> <p>Therapie erweitert funktionale Strategien und</p>	<p>Therapie als Einflussparameter auf die gesamte Hilfedauer und Zielerreichung</p>	<p>Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure</p>

	<p>schon viel Konfliktpotenzial minimiert. Und also für eine Zielerreichung, für ein Kind, das Probleme hat, ist es extrem hilfreich. Und es hat sich ja auch gezeigt in den Wohngruppen- wir hatten kaum noch Sachzerstörungen plötzlich, ja! Es ist weniger kaputt gegangen- weniger Türen, weniger Fenster oder weniger Schränke.</p>	<p>soziale Kompetenzen des Kindes in seiner individuellen Entwicklung.</p> <p>Sachzerstörungen in den WGs haben seit Implementierung des therapeutischen Angebotes deutlich abgenommen.</p>	<p>Evaluation/ Chancen und Erfolge des therapeutischen Angebotes</p>	
7/16	<p>Ja, ganz deutlich haben wir das gemerkt. Teilweise auch weniger Polizeieinsätze. Weil, wir hatten im Vorfeld dann ja auch, wenn solche Konflikte waren, häufiger auch die Polizei im Haus, weil die Mitarbeiter die Polizei zu Hilfe gerufen haben. Das hat sich dann fast komplett gegeben. Wir haben also bis heute noch guten Kontakt zur Polizei. Es gibt also einen konkreten Ansprechpartner bei der Polizei, der für Jugendstrafrecht oder Straftaten zuständig ist. Und mit dem waren wir damals schon sehr intensiv im Kontakt und der hat auch gesagt: "Also bei euch merkt man, es ist was vorwärts gegangen!". Und es hat also schon dazu geführt, dass dort weniger notwendig war. Das ist glaube ich das Entscheidende! So und die Hilfelänge sollte jetzt nicht so im Vordergrund stehen von der Therapeutin. Ja, es muss am Bedarf orientiert sein.</p>	<p>Weniger Polizeieinsätze in den WGs seit Implementierung des therapeutischen Angebotes.</p> <p>Entlastung der pädagogischen Fachkräfte in den WGs durch weniger Polizeieinsätze und Förderung der jungen Menschen.</p> <p>Kooperation mit der Polizei. Fester Ansprechpartner hat positive Entwicklung im Verein gelobt.</p> <p>Dauer der therapeutischen Hilfe steht nicht im Vordergrund sondern der Bedarf!</p>	<p>Netzwerkarbeit mit der Polizei</p> <p>Evaluation/ Erfolge der therapeutischen Arbeit</p> <p>Therapiedauer</p>	<p>Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure</p>
7/17	<p>Welche Bedeutung hat denn die Eltern- bzw. Bezugspersonenarbeit im Kontext des therapeutischen Angebotes Ihrer Meinung nach?</p>			
7/17	<p>Also ich habe ja viel mit der Therapeutin gesprochen, weil wir hier regelmäßig zusammensitzen und sie schildert immer wieder,</p>	<p>Es erfolgt regelmäßiger Austausch zwischen der Heimleitung der</p>	<p>Austausch zwischen Therapeutin und</p>	<p>Einbindung der jungen Menschen und Familien</p>

	dass das einen extrem hohen Stellenwert hat. Weil eben doch immer wieder zu sehen ist, dass Kinder nur Symptomträger sind für gewisse Dinge. Und dort ist die Elternarbeit eigentlich das A&O. Wenn wir dort erreichen, die Eltern auf die Linie zu bringen, sich sozusagen um ihr Kind wieder kümmern zu können, (...) dann kann man auch was erreichen, dass die Kinder auch schneller wieder zurückgehen können.	Therapeutin des Heimverbundes. Aus Sicht der Therapeutin und Heimleitung haben Eltern- und BZP-Arbeit einen extrem hohen Stellenwert. Elternarbeit und Mitwirkung der Eltern als entscheidend für den Hilfeerfolg und die Rückführung.	Heimleitung Bedeutung der Eltern- und BZP-Arbeit	in den Hilfeprozess
7/17	Wie genau arbeitet die Therapeutin mit diesen Eltern und Bezugspersonen, wissen Sie das?			
7/17	Ja, ich glaube, dass das so ist, dass die Frau Z. auch die Eltern einlädt in die Sprechstunde sozusagen teilweise alleine, manchmal auch gemeinsam mit den Kindern, um auch mal zu beobachten, wie agiert denn die Mutti mit dem Kind, um dann auch Hinweise zu geben. Wenn man schon beobachtet und sieht, diese Ansprache und diese Dinge....also so auf diese Art und Weise macht sie das. Ich habe aber auch schon gehört, dass sie dann auch mal in die Familie reingeht und dort vor Ort mit guckt, was da zu tun ist. Oder eben dann auch gemeinsam mal einen Behördenweg übernimmt. (...) Also es ist manchmal nicht nur die Therapie an sich, sondern auch das Ringsherum!	Die Therapeutin lädt Eltern zu Therapiestunden ohne Kinder und zu Eltern-Kind-Stunden in die Therapie ein (z.B. zur Beobachtung von Eltern-Kind-Interaktion). Therapeutin hat Familie auch schon vor Ort besucht oder im Notfall einen Behördenweg begleitet.	Rollenverständnis der Therapeutin Verständnis zum Einbezug der Eltern und BZP Lebensweltorientierung	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
7/17	Würden Sie sagen, das ist ein Unterschied zur ambulanten Therapie?			
7/17	Ja, ich denke schon! Weil die ambulanten Therapeuten werden diese Möglichkeiten jetzt nicht	Ambulante Therapeuten haben aus Sicht des	Vergleich ambulante Therapie und	Vergleiche zwischen therapeutisc

	<p>haben, dass sie so aufsuchend irgendwo hingehen. Sondern da ist es ausschließlich so, dass das Kind in die Therapie kommt (...) und das war es dann. Ich kann jetzt nicht sagen, dass die nicht mit den Eltern reden, das wird sicher auch eine Form haben, aber hier bei uns ist es viel intensiver. Also weil eben die Eltern ...(...) Ich glaube, dass die Eltern das auch richtig wertschätzen, weil sie zum ersten Mal auch so richtig wahrgenommen werden und die Therapeutin einfach auch an den Ressourcen orientiert mit den Eltern spricht. Und nicht immer nur sagt, Sie machen das falsch und das geht nicht und das geht nicht... sondern immer auch mal schaut, was haben die für Ressourcen und wie kann man die stärken praktisch in ihrer Erziehungsarbeit. Das heißt, sie hat oft auch bei den Eltern, oder Müttern oder Vätern auch das Selbstbewusstsein erstmal wieder aufgebaut. Dass also nicht alles verkehrt war, was sie bisher im Leben gemacht haben, sondern dass es halt eine schwierige Lebensphase ist, aber jetzt durch die Steuerung der Therapeutin/ durch Hinweise und auch durch Übungen mit dem Kind gemeinsam, dass die einfach gestärkt werden in ihrer Erziehungsarbeit.</p>	<p>Heimleiters keine Möglichkeit zur aufsuchenden Arbeit im Gegensatz zur Therapeutin des Heimverbundes.</p> <p>Elternarbeit ist intensiver als im ambulanten Setting.</p> <p>Eltern schätzen die Ressourcenfokussierung, die Stärkung ihrer Erziehungsfähigkeiten und den Einbezug in die Therapie ihres Kindes wert.</p> <p>Wertschätzung der Eltern in ihren Fähigkeiten als Grundelement zur Änderungsmotivation der Eltern und zur Mitwirkungsbereitschaft.</p>	<p>Therapie des KJF e.V.</p> <p>Elternarbeit</p> <p>Motivation der Eltern</p>	<p>heim Angebot des KJF und Kassentherapie</p> <p>Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess</p>
7/18	Denken Sie, das liegt an der Person der Therapeutin? Oder denken Sie, das ist tatsächlich (...) die Ausgestaltung des allgemeinen Therapeutenplatzes?			
7/18	Ich glaube, hier würde ich wirklich sagen ... natürlich liegt es auch an der Ausgestaltung des therapeutischen Settings, aber gelebt wird es von der Therapeutin. Und ich glaube, wir	Rahmenbedingungen des therapeutischen Settings und die Therapeutenpersönlichkeit sind	Anforderungen an die Therapeutin	Potenzial des therapeutischen Angebotes

	haben eine Therapeutin, die einfach dieses Gefühl/ Feeling hat für diese Situationen und auch für diese Menschen. Und das braucht es einfach. Und das ist vielleicht noch ein bisschen ein Unterschied zu einer ambulanten Therapeutin, die (...) vielleicht anders strukturiert sind. Und hier (...) die Frau Z. kennt den Heimverbund, die kennt die Wohngruppen, die weiß auch, was Vor- und Nachteile sind, die kennt die Mitarbeiter und die hat dann auch einen anderen Blick auf die (...) die Geschichten und die Kinder selbst. Und das ist ein riesiger Vorteil!	entscheidend. Therapeutin des Heimverbundes verfügt über eine gute Vernetzung im Verein, hat ein gutes „Feeling“ für die Kinder, Jugendlichen und deren Familien, kennt die Mitarbeiter und Wohngruppen.	Vernetzung Vorteil des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.	
7/19	Was bedeutet für Sie persönlich Netzwerkarbeit?			
7/19	Ja, für mich ist es sehr wichtig, immer wieder alle Beteiligten zusammen zu holen. Gerade dann auch, wenn es schwierig wird, dass man die Leute schon kennt. Wir haben ja dann auch teilweise Fachgespräche mit dem Jugendamt, mit Vormündern, mit der Therapeutin, mit Mitarbeitern der Wohngruppen zusammenkommen. Wenn wir sagen, wir haben ein Problem, dass wir es erstmal gemeinsam besprechen, was ist das Problem. Ich bin da nicht immer dabei, aber es gibt Ausnahmesituationen, wo explizit gewünscht wird, dass ich mit dabei bin und dann komme ich auch mit! Weil es gibt manchmal auch administrative Entscheidungen von einer oberen Ebene aus zu klären und da auch ein Statement abzugeben. Zum Beispiel (...) wenn ich sage, das Kind bleibt im Heimverbund und das geht nicht raus, sozusagen auch mal eine Festlegung zu treffen (...).	Netzwerkarbeit bedeutet: Alle Beteiligten in den Hilfeprozess einzubeziehen, Zusammenarbeit von verschiedenen Akteuren bei Problemen z.B. in Fachgesprächen, dem Helfersystem Unterstützung als Heimleitung Aushandlung von Hilfsformen mit dem ASD. Arbeit in jeweiliger Rolle, d.h. die Heimleitung trifft administrative Entscheidungen.	Verständnis und Bedeutung von Netzwerkarbeit Rollenverständnis Heimleitung	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team
7/19	Ja, im Prinzip sollen ja alle beteiligt	Alle Akteure im	Netzwerkarb	Rollenverstä

	<p>werden. Wir können ja nicht selber immer alles bestimmen und entscheiden, sondern es gibt einen Vormund auch teilweise, es gibt das Jugendamt- die sind ja fallführend- und wir sind ja praktisch nur die Akteure, die den Fall bearbeiten. Aber es gibt dort die klare Richtlinie, dass das Jugendamt ein Stück weit fallführend ist und dort auch die Vorgaben gibt. Und wir sagen aber "Das und jenes würde das Kind, der Jugendliche brauchen.". Und wir müssen es halt fachlich gut überbringen, damit das Jugendamt das dann auch vertreten kann. (...) Und der muss dann vor der wirtschaftlichen Jugendhilfe Stellung nehmen und deshalb brauchen die halt gute, fachliche Gründe, dass man das auch so machen muss. Und dafür gibt es dann diese Zusammenarbeit. (...) Die Frau Z. arbeitet auch viel mit Schulen zusammen- also mit anderen Netzwerkpartnern. Weil wir auch gemerkt haben, häufig sind Konflikte auch aus der Schule heraus, wo man dann gucken muss und auch mit den Lehrern mal reden muss, warum tickt der in der Schule immer aus und in der Wohngruppe nicht? Also muss man mal gucken, was passiert denn da in der Schule?</p>	<p>Netzwerk sollen am Hilfeprozess beteiligt werden.</p> <p>Netzwerkarbeit beinhaltet auch die Arbeit mit den Schulen, wenn das Kind Auffälligkeiten in diesem Bereich zeigt. Es erfolgt Austausch mit den Lehrern und ggf. eine Schulhospitation.</p> <p>Jugendamt ist im Hilfeverlauf fallführend und wirtschaftliche Jugendhilfe ist Geldgeber, sodass Hilfebedarfe und Maßnahmen fachlich gut begründet werden müssen unter multiprofessionelle m Blickwinkel.</p>	<p>eit</p> <p>BZP-Arbeit (Schulen)</p> <p>Rollenverständnis ASD</p>	<p>ndnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team</p>
7/19	Also werden auch Lehrer mit ins Netzwerk hineingeholt?			
7/19	Ja, die werden mit reingeholt. Manchmal sind auch Ärzte mit dabei. Dass man eben auch mal gucken muss, wenn es darum geht...(…) ein Beispiel: Ein Kind pullert immer ein. Ist das jetzt eher psychisch bedingt, oder ist das vielleicht ein anderes, ein ärztliches Problem, was behoben werden	<p>Zusammenarbeit und Kooperation erfolgt auch mit Ärzten, da z.B. somatische Ursachen abgeklärt werden müssen bei Ausscheidungsstörungen.</p>	<p>Zusammenarbeit und Kooperation mit Ärzten im Netzwerk</p>	<p>Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team</p>

	<p>Regel aller acht Wochen stattfinden. Kommt immer drauf an, wie wir uns da vereinbaren. Wenn es natürlich so ist, dass es brennt, dann kann es auch mal schneller passieren, dass wir sagen "Wir müssen uns treffen!". Weil wir haben ein Kind in der Wohngruppe und das agiert gerade so und so, und die Mitarbeiter wissen nicht, wie sie damit umgehen sollen, weil das so problembehaftet ist. Und dann treffen wir uns eher mal und sagen eben, dass wir darüber reden müssen. "Uns ist das und das bei dem Kind aufgefallen und es braucht etwas!" Und dann würden wir mit der Therapeutin sprechen. Manchmal auch so, dass wir dann sagen: "Okay, wir haben ein Vorgespräch gemacht, aber wir müssen eine Fallberatung machen oder wir müssen einen Fachbereich einladen.</p>	<p>zwischen Heimleitung und Therapeutin finden i.d.R. aller 8 Wochen statt. Eine flexible Frequentierung der Fachgespräche in Krisensituationen ist möglich.</p> <p>In krisenbehafteten Fällen finden Fallberatungen im multiprofessionellen Team statt.</p>	<p>ng der Fachgespräche auf Leitungsebene</p> <p>Fallberatungen im multiprofessionellen Team</p>	<p>und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p>
7/20	<p>Eine Fachabsprache...dass dann eben ASD, Vormund oder eben Beteiligte aus dem Netzwerk mit eingeladen werden, die mit dem Kind arbeiten.</p>	<p>Einberufung von Fachgesprächen mit ASD, Vormund, Heimleitung, Therapeutin, Fachkräfte aus der WG</p>	<p>Fachgespräche</p>	
7/21	<p>Und wie findet der Austausch zwischen Ihnen als Heimleitung und den Kollegen aus der WG und den Kollegen aus vielleicht aus dem ambulanten Bereich, die im Fall installiert sind, statt?</p>			
7/21	<p>In der Regel in Teamberatungen. Das heißt, ich werde dann eingeladen in die Teamberatung und dann ist die Therapeutin auch eingeladen, teilweise auch der Einzelfallhelfer aus dem ambulanten Bereich. Und dann wird über das Kind gesprochen. Dann geht es natürlich nicht darum, dass die Therapeutin jetzt</p>	<p>WG lädt Therapeutin, Heimleitung und ggf. den Einzelfallhelfer zu Teamberatungen in die WG ein bei Bedarf.</p> <p>In Teamberatungen</p>	<p>Fachaustausch in Teamberatungen in der WG</p>	<p>Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p>

	<p>aus dem (therapeutischen) Setting interne Details bekannt gibt, sondern sie wird den Mitarbeitern etwas an die Hand geben, wie man am besten mit den Kindern arbeiten kann/ auf was sie achten müssen. Bezogen vielleicht auf bestimmte Störungsbilder, die dann da sind oder Verhaltensauffälligkeiten, wo sie dann den Mitarbeitern an die Hand gibt "Ihr könntet mit dem Kind das und das/ so und so machen, weil die Hintergründe sind eben aus fachlicher Sicht die und die.". Und das die Mitarbeiter dann auch wissen, dass das eine Besonderheit bei dem Kind ist und da muss man ganz anders reagieren, als wir das vielleicht bisher gemacht haben. Damit das Kind eben (...) damit umgehen kann.</p>	<p>arbeitet Therapeutin supervisorisch und entwickelt gemeinsam mit dem gesamten Team passende Strategien im Umgang mit dem Kind und arbeitet psychoedukativ.</p> <p>Informationen werden in Teamberatungen gebündelt, sodass alle Mitarbeiter auf einem Stand sind. Therapeutin erhält Einblicke in den WG-Alltag und die Lebenswelt des Kindes.</p>	<p>Lebensweltorientierung</p>	
7/21	<p>Die Teamberatungen finden in aller Regel aller 14Tage statt. Und in der zweiten Teamberatung sollte dann immer auch so ein Fall vorgestellt werden. Das ist natürlich nicht immer nur ein Fall jetzt von der Therapeutin, sondern kann auch ein anderer Fall aus der Wohngruppe sein. Und die Therapeutin wird immer dann eingeladen, wenn es auch um die Kinder geht, die sie auch betreut.</p>	<p>Teamberatungen finden aller 14Tage statt und beinhalten konkrete Fallvorstellungen. Therapeutin wird bei Fallvorstellung eines Kindes oder Jugendlichen eingeladen, der sich bei der Therapeutin in Therapie befindet.</p>	<p>Frequentierung der Teamberatungen</p>	<p>Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p>
7/21	<p>Oder dass eben die Therapeutin sagt: "Ich habe Gesprächsbedarf!". Und dann ruft sie die Wohngruppen an und sagt: "Mir ist was aufgefallen. Ich muss mit der Wohngruppe reden. Ich habe Hinweise für den Mitarbeiter, wie man mit dem Kind arbeiten muss.".</p>	<p>Auch die Therapeutin kann Gesprächsbedarf anmelden für Teamberatung und eine Teilnahme anfragen.</p>	<p>Teamberatungen in den WG</p> <p>Fachaustausch zwischen WG und Therapeutin</p>	<p>Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p>
7/21	<p>Ah (...) ich habe also verstanden, auch hier wird sehr bedarfsorientiert umgegangen?</p>			
7/21	<p>Ja. Ziel ist natürlich wirklich, dass auch eine gewisse Regelmäßigkeit</p>	<p>Multiprofessioneller Fachaustausch soll</p>	<p>Bedarfsorientierung in der</p>	<p>Rollenverständnis und</p>

	<p>besteht. Also wir haben auch schon in unseren Absprachen darüber gesprochen oder auch geprüft: Wie oft lädt denn eine Wohngruppe ein?. Und wenn wir merken, eine Wohngruppe reagiert nicht, obwohl das Kind in der Therapie ist, dann ist auch schonmal meine Aufgabe, mit dem Team zu reden. Und zu sagen: "Leute, also das Kind wird bei der Therapeutin betreut, aber ihr habt sie jetzt schon seit längerer Zeit nicht eingeladen. Aber es gibt Gesprächsbedarf! Also achtet darauf, dass auch die Therapeutin mal eingeladen wird!".</p>	<p>eine Regelmäßigkeit haben, d.h. die Therapeutin soll eingeladen werden zu Teamberatungen in die WG.</p> <p>Heimleitung fungiert als Koordinations- und Kontrollfunktion und interveniert bei fehlender Initiative oder Bereitschaft der WG zum Austausch mit der Therapeutin.</p>	<p>Frequentierung des Fachaustausches</p> <p>Rollenverständnis der Heimleitung</p>	<p>Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team</p>
7/22	<p>Welche Bedeutung bemessen Sie denn der Zusammenarbeit zwischen Ihnen, der Therapeutin und den Mitarbeitern der Wohngruppen bei?</p>			
7/22	<p>Die Zusammenarbeit ist ja das Entscheidende. Weil, wenn wir das nicht hinkriegen, dass die Therapeutin und die Wohngruppen gemeinsam auf einer gleichen Linie arbeiten, dann würde das nicht funktionieren.</p> <p>Wenn die Wohngruppe andere Ansichten hat, wie man mit dem Kind umgeht und dann sagt "Wir wollen das aber so und so machen!" und die Therapeutin sagt aber "Aus fachlicher Sicht und des Störungsbildes wegen braucht es aber DIESE Intervention/Intention!", dann ist das immer so ein bisschen eine Auseinandersetzung, die auch stattfindet. Und deswegen muss man es eben dann in einer Teamberatung auch besprechen So (...) und wenn es dann mal schwierig wird, dann kann es auch mal sein, dass ich dann mit dabei bin. Weil es ist auch wichtig die Professionen zu beachten, denn wir sind Pädagogen und die</p>	<p>Fachdiskurse zwischen Fachkräften der WG und der Therapeutin und zwischen den Professionen können in Teamberatungen geführt werden. Ziel ist es, „auf einer gleichen Linie“ zu arbeiten.</p> <p>Heimleitung schaltet sich bei besonders schwierigen Diskussionen in der multiprofessionellen Zusammenarbeit ein und fordert Kooperation der Parteien ein.</p> <p>Therapeutin muss offen sein zur kritischen</p>	<p>Bedeutung der Zusammenarbeit im Netzwerk</p> <p>Spannungsfeld</p> <p>Anforderung an die Therapeutin</p>	<p>Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team</p>

	Therapeutin ist aber psychologisch/therapeutisch geschult und hat einen anderen Blick. Und das muss man natürlich aufnehmen auch.	Auseinandersetzung mit den pädagogischen Fachkräften in der WG.		
	Die Zusammenarbeit ist sehr wichtig, ja! Weil das Schwierigste ist, wenn Dinge, die eine Therapeutin mitgibt dem Team, wenn die das dann nicht umsetzen.		Spannungsfeld Multiprofessionelle Arbeit	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
7/22	Was passiert eigentlich in diesen Fällen? Ich bin mir sicher, dass es so etwas auch schon einmal gab. Was machen Sie in diesen Fällen?			
7/22	Also ich versuche dann schon noch einmal Einfluss zu nehmen und ein Stück weit Verständigung noch einmal herzustellen. (...) Aber es geht darum, dann noch einmal zu schauen, was sind jetzt die unterschiedlichen Sichtweisen und warum sieht die Wohngruppe das anders und warum sieht die Therapeutin das so? Und das einfach noch einmal gemeinsam zu besprechen, dass man da schon auch eine gemeinsame Linie schon findet. Ohne dass ich jetzt sagen muss, der hat Recht oder der hat Recht! Das ist eine ganz schwierige Angelegenheit manchmal. Das ist das, wo Pädagogen und Therapeuten manchmal ein bisschen konträr zueinanderstehen, weil man eben noch die unterschiedlichen Sichtweisen hat.	Konstruktive Zusammenarbeit verschiedener Professionen ist herausfordernd. Bedarf zeitweise der Einflussnahme durch die Heimleitung, die vermittelt und Verständigung zwischen den Professionen und deren Sichtweisen sucht.	Spannungsfeld der multiprofessionellen Zusammenarbeit Rollenverständnis Heimleitung	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team
7/22	Denn es nützt nichts, wenn der Therapeut nach links rennt und die Wohngruppe will nach rechts. Dann funktioniert das System nicht, also dann (...) wird ja das Kind am Ende nicht wissen, wo soll es denn langlaufen. (...) Und da braucht es eine gewisse Koordination oder zumindest ein Verständnis für ein Miteinander.	Um dem Kind, Jugendlichen eine gute Orientierung geben zu können, müssen sich die Fachkräfte verschiedener Professionen über ihre Handlungsweisen	Spannungsfeld und Herausforderung der multiprofessionellen Zusammenarbeit	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe

	Das ist manchmal noch so ein Reibungspunkt, den man dort hat.	bewusst und einig werden (Koordination und Verständnis).		
7/23	Sind Sie auch bei Hilfeplangesprächen dabei?			
7/23	In der Regel nicht. Also Hilfeplangespräche finden in der Regel in den Wohngruppen selber statt und dort kommen in der Regel nur der ASD, die Eltern oder der Vormund, andere Hilfebeteiligte- das könnte dann eben die Therapeutin sein oder die Einzelfallhelferin- und manchmal auch ein Lehrer aus der Schule. Aber die Leitung ist da nicht dabei.	HPGs i.d.R. in den Wohngruppen der Kinder und Jugendlichen Teilnehmer: ASD-Fachkraft, Eltern, ggf. Vormund, Therapeutin, ggf. Einzelfallhelferin, Lehrer	HPG-Teilnehmer Lebensweltorientierung in der Hilfeplanung	Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team
7/23	Ja, auch im Jugendamt. Häufig natürlich in den Wohngruppen, weil auch der ASD und die Vormünder mal schauen wollen, wie ist es denn in der Wohngruppe. Die wollen auch mal das Zimmer mal sehen. Und das ist das Umfeld des Kindes, wo es halt wohnt. (...) Äh, es gab aber auch schon Hilfeplangespräche im Jugendamt. Es gab auch schon Hilfeplangespräche, wo man explizit gewünscht hat, dass der Heimleiter mitkommt. Das sind dann in der Regel die komplizierten Sachen, wo dann irgendwie auch eine Entscheidung von mir notwendig ist. Also am Beispiel: Wir hatten mal einen Jugendlichen, der ist eben herausgeflogen. Und dann war wieder Hilfeplangespräch und dann haben die mich dazu eingeladen, um einfach noch einmal zu prüfen, ob uns nicht noch etwas anderes einfällt. Weil der Junge sonst auf der Straße leben würde. Und dann werde ich halt mit eingeladen. Mir ist dann eingefallen, wir haben noch eine	HPGs finden im Jugendamt oder auch oft in der Wohngruppe statt, um den Helfern einen Einblick in die Lebenswelt des jungen Menschen zu geben. Bei besonders krisenbehafteten Fällen und notwendigen Entscheidungen durch die Heimleitung, ist diese auch beim HPG dabei. Im HPG findet eine gemeinsame Suche nach individuellen und den Bedarfen des jungen Menschen angepassten und	HPG	Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team

	<p>würden wir den Bericht schreiben und legen den, dem Jugendamt erstmal vor. Die prüfen das und dann gibt es ein gemeinsames Gespräch. Das heißt, da ist in der Regel dann der Leiter des Heimverbundes dabei, die Frau Z. an sich als Vortragende und manchmal auch die Frau D. als Geschäftsführerin. Die hat es sich auch schon nicht nehmen lassen, mit dabei zu sein. Und ansonsten dann das Jugendamt, die Fachberatung ist in der Regel mit dabei, dann von der ASD-Teamleitung und dann hatten wir auch schon Jugendhilfeplanung und -Controlling.</p>	<p>genommen haben - Auswertung der Evaluationsbögen der Eltern zur Therapie</p> <p>Evaluationsbericht geht an Geldgeber ASD.</p> <p>Nach Prüfung des Berichtes gibt es ein gemeinsames Gespräch mit Therapeutin, Heimleitung, ggf. Geschäftsführung des KJF e.V., Jugendamt mit Fachberatung, ASD-Teamleitung und ggf. Controlling des ASD.</p>	<p>Evaluationsgespräch mit ASD</p>	
7/24	<p>So und dann wird im Prinzip noch einmal dieser Bericht vorgetragen und dann werden auch Fragen noch einmal gestellt. Controlling hat meistens noch einmal fragen und (...) manchmal gibt es auch noch einmal Fachfragen...so wie wir es jetzt auch besprochen haben: Was sind so die Gründe, warum was nicht oder gut funktioniert? Ähm (...) die Frau Z. wertet dann sozusagen noch einmal aus und wir haben immer festgestellt, dass eigentlich der Bedarf an Plätzen immer höher war als das, was wir sozusagen verhandelt haben. Und deswegen hat das Jugendamt dann auch immer gesagt: "Dann probieren wir halt, noch eine zweite Person/Therapeuten zu involvieren.", was uns allerdings</p>	<p>Evaluationsgespräch mit dem ASD:</p> <p>Inhalte des Berichtes werden vorgetragen durch die Therapeutin und Reflexion wird durch Nachfragen angeregt.</p> <p>Ergebnisse der Evaluationen:</p> <p>Bedarf an Therapieplätzen im Verein war bisher immer höher als verhandelt</p> <p>Notwendigkeit einer</p>	<p>Evaluationsgespräch</p> <p>Ergebnisse der Evaluationen</p>	<p>Qualitätssicherung und Evaluation</p>

	dann personalmäßig nicht gelungen ist	zweiten Therapeutenstelle hat sich ergeben, konnte jedoch nicht umgesetzt werden wegen fehlendem Personal		
7/24	Das bedeutet, Sie haben diese Stelle ausgeschrieben, es konnte aber keine Person gefunden werden, die diesen therapeutischen Kontext mitbringt und sich das auch vorstellen kann, hier zu arbeiten?			Qualitätssicherung und Evaluation
7/24	Ja. Weil die Psychotherapeuten, die auf dem Markt sind, machen ja meistens ihre eigene Praxis und (...) haben vielleicht jetzt nicht so das Bedürfnis, in den Heimverbund zu gehen. (...) Haben auch gemerkt, wir kommen eigentlich im Moment auch ganz gut damit hin. Also es ist jetzt nicht so akut, dass wir sagen müssten, wir müssen jetzt ganz dringend noch einmal weitersuchen.	Stellennachbesetzung ist schwer, da eigene Praxiseröffnung attraktiver erscheint für approbierte Therapeuten. Keine akute Weitersuche nach 2. Therapeutenstelle, da Bedarfe dennoch gedeckt werden können.	Suche nach zweitem Therapeuten für KJF	
7/25	Wie groß schätzen Sie denn die Erfolgsquote der Rückführung der Kinder und Jugendlichen ein?			
7/25	Ähm (...), ich glaube, dass es uns jetzt hier gar nicht so sehr darum geht, jetzt hier eine Erfolgsquote zu erzielen, sondern wichtiger ist es uns, dass das Kind stabilisiert wird und dass die Eltern stabilisiert werden. Und manchmal reicht es auch schon aus, wenn das Kind noch nicht wieder ganz nach Hause zurückgehen kann, aber Beurlaubungen schon wieder stattfinden können und man sich wieder annähert. Als Basis dafür, dass man eine Rückführung vorbereiten kann. (...) Für die Rückführung haben wir jetzt ein ganz neues Konzept entwickelt,	Stabilisierung des Kindes, Jugendlichen in der WG und im therapeutischen Angebot sowie Stabilisierung der Eltern in der Elternarbeit steht im Vordergrund. Rückführung ist nicht immer Ziel und angemessen. Auch die Ermöglichung von Beurlaubungen im Elternhaus können ein Erfolg	Erfolgsquote der Rückführungen	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im

	<p>stehen mit der Stadt Chemnitz jetzt auch schon in Verhandlungen. Das nennt sich dann "Rückführungskonzept", also mit einem Rückführungsteam. Und das sollen also zwei Personen sein, die im Prinzip schon bei Aufnahme des Kindes an die Rückführung denken. Das beginnt mit einem "Familienrat", um die ganzen Ressourcen zu erschließen familiär und die Ziele gemeinsam festzulegen, damit die Eltern das auch mittragen können. Und dann in dem Stufensystem dann zu arbeiten mit dem Ziel, dass die Kinder dann innerhalb von ungefähr 21 Monaten wieder zurückgeführt werden können mit ganz konkreten Aufgaben auch. Und danach noch eine Nachbetreuung zu machen ambulant, um das auch abzusichern.</p>	<p>sein. Ggf. kann Beurlaubungskonzept dann weiterentwickelt werden zur Rückführungsidee.</p> <p>KJF e.V. hat ein Rückführungskonzept mit einem „Rückführungsteam“ entwickelt und verhandelt Gelder gerade mit ASD Chemnitz.</p> <p>Familienrat zu Beginn der Hilfe unter großer Einbindung der Eltern und klaren Aufgaben für alle Hilfebeteiligte. Im Stufensystem soll innerhalb von 21 Monaten eine Rückführung des jungen Menschen erreicht werden.</p>	<p>Rückführungskonzept der Stadt Chemnitz</p>	<p>multiprofessionellen Team</p>
7/25	<p>Also für den Familienrat ist unsere Fachberatung ausgebildet. Die macht das und würde das erstmal übernehmen. Ansonsten die zwei Stellen, die da jetzt vom Jugendamt Chemnitz ab 01.01.23 genehmigt worden sind. Die werden jetzt ausgeschrieben. Da ist natürlich wieder das Problem, dass man da auch geeignete Leute finden muss. Aber unser Ziel ist es schon, auch daran zu arbeiten, dass Kinder auch zurückgeführt werden nach Hause. Und das braucht eben auch einen Prozess</p>	<p>Fachberatung des KJF e.V. ist als Fachkraft ausgebildet für die Leitung eines Familienrates. Ausschreibung zweier Stellen ab 01.01.2023.</p> <p>Ziel: Kinder sollen,</p>	<p>Rückführungskonzept (Familienrat)</p> <p>Rückführungsidee</p>	<p>Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe</p>

	<p>von vielleicht auch zwei Jahren- also 21 Monaten oder mehr- um das auch zu erreichen. Weil wir ja auch festgestellt haben, Eltern sind ja auch nicht immer gleich, sondern in den Prozessen passiert ja auch immer wieder etwas. Also manchmal, wenn Eltern noch zusammen sind, kann es im Prozess passieren, die trennen sich gerade, weil Krise ist. Oder es kommen andere Probleme hinzu wie Drogensucht oder Alkohol. Oder eben die finanzielle Basis fällt plötzlich weg oder die Wohnung fällt plötzlich weg. Und solche Sachen können immer wieder Rückschläge verursachen und trotzdem bleibt unser Ziel halt die Rückführung. Und dann muss eben mit den Eltern gearbeitet werden, dass die an ihrem Problem auch intensiver arbeiten, (...) was eine Wohngruppe ja sonst nicht leisten kann. Denn eine Wohngruppe kann zwar Elternarbeit machen, aber die werden nie die Ressourcen haben, da jetzt so konkret in die Familie reinzugehen und dort mit den Eltern intensiv zu arbeiten. Dafür sind die Mitarbeiter(anzahlen), die das Jugendamt da für eine Wohngruppe genehmigt, nicht ausreichend genug. Deswegen haben wir gesagt, wir brauchen ein Rückführungskonzept sozusagen, um Rückführung effektiver zu gestalten und um Eltern auch zu unterstützen.</p>	<p>wenn möglich, wieder ins Elternhaus zurückgeführt werden.</p> <p>Krisen in laufenden Hilfeprozessen innerhalb der Familien, z.B. Trennungen, entwickelnde Drogen- und Alkoholprobleme, finanzielle Problem</p> <p>Intensive Elternarbeit ist Grundlage einer Rückführung, um entsprechende Bedingungen zu schaffen. WG kann keine intensive Elternarbeit leisten aufgrund eines zu geringen Mitarbeiterschlüssels.</p>	<p>Hindernisse für Rückführungen</p> <p>Elternarbeit</p>	
7/25	<p>Also ich habe verstanden, Ihr Fernziel soll natürlich immer die Rückführung des Kindes in den elterlichen Haushalt sein. Dazu haben Sie jetzt auch diese neue "Rückführungsgruppe" konstruiert, (...) die jetzt bald starten soll. Die dann additiv zu diesem therapeutischen Angebot noch</p>	<p>Fernziel ist Rückführung des Kindes oder Jugendlichen in die Familie. Additiv zum therapeutischen Angebot wird eine Rückführungsgruppe installiert im KJF</p>	<p>Rückführungsgruppe des KJF e.V.</p>	<p>Potenzial des therapeutischen Angebotes</p>

	bestehen soll?	e.V..		
7/25	Wir haben einfach festgestellt, dass der ASD manchmal auch nicht so gut aufgestellt ist. Da gibt es viele Fluktuationen im "Personalkarussell" und da verliert sich manchmal auch die Rückführung. Denn dann ist wieder kein Ansprechpartner da und die Eltern stehen alleine da. Wenn sich um die Eltern niemand kümmert und dort im Elternhaus keine Veränderungen stattfinden, dann wird auch keine Rückführung möglich sein, weil das Kind ja in das gleiche Setting zurückkehrt, was vielleicht Ursache war dafür, dass es in die Wohngruppe gekommen ist. So (...) und deshalb müssen wir eigentlich anders ansetzen. Wir müssen eigentlich sofort mit den Eltern arbeiten und da braucht es aber auch Personal dafür. Das kann eben eine Wohngruppe nicht leisten. Also ein Rückführungsteam für die Eltern, damit die Eltern auch eine Chance haben, ihre eigenen Probleme zu klären oder vielleicht auch in der Interaktion mit dem Kind wieder in die Übereinstimmung zu kommen und zu wissen, wie muss ich mit meinem Kind umgehen, damit es eben nicht aggressiv wird oder austickt oder Verhaltensauffälligkeiten entwickelt. Und dort also mit den Eltern so zu arbeiten, dass die das auch innerhalb von einem Prozess auch erreichen können. Und da sehen wir, das wird nicht von heute auf morgen gehen. Das braucht Zeit! Und deswegen auch dieses Stufenmodell über zwei Jahre. Aber es ist eben auch terminiert, weil wir auch ja trotzdem eine Zielerreichung haben wollen.	<p>Viele Fluktuationen im Personalkarussell des ASD führen zu Hindernissen für die Rückführung. Eltern haben keine Ansprechpartner.</p> <p>Elternarbeit hat den entscheidenden Einfluss auf die Rückführung des Kindes, da elterliches Verhalten oder ungünstige Bedingungen im Elternhaus die Ursache für die stationäre Unterbringung der Kinder und Jugendlichen ist.</p> <p>Rückführungsteam für die Eltern soll ihnen Raum und Anleitung zur Weiterentwicklung geben, additiv zum therapeutischen Angebot.</p> <p>Zielerreichung benötigt messbaren Zeitraum.</p> <p>Stufenmodell des Rückführungsteams sieht 2 Jahre vor.</p> <p>Ziel ist die Vermeidung von jahrelangen Aufenthalten in der Heimerziehung.</p>	<p>Chancen des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.</p> <p>Intensive Elternarbeit</p> <p>Rückführung</p>	<p>Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe</p> <p>Besonderheiten der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>

	Und wir wollen eben vermeiden, dass Kinder dann fünf, sechs, sieben Jahre dann in der Heimerziehung sind.			
7/25	Und dann hat das Jugendamt ja einen Mehrwert, denn wenn die Hilfen eher beendet werden können und die Kinder wieder Zuhause sind, ist auch wieder Platz für andere Kinder, die Hilfe brauchen. Und im Moment ist es eher so, dass die Jugendhilfe überlastet ist, weil immer mehr Anfragen, immer mehr Fälle kommen und es gar nicht genug Wohngruppenplätze gibt. Also aktuell ist der KJND der Stadt Chemnitz völlig überfüllt. Und das ist natürlich...also ich habe auch von anderen Einrichtungen gehört, zum Beispiel aus Augsburg haben wir es gerade gehört, es ist nicht viel anders.	Derzeitige Situation besagt, dass Jugendhilfesystem überlastet ist. Vermehrte Anfragen auf Wohngruppenplätze . KJND der Stadt Chemnitz ist überfüllt.	Derzeitige Situation in der Jugendhilfelandschaft	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
7/26	Was denken Sie, woran das liegt, dass es derzeit so überfüllt ist das Kinder- und Jugendhilfesystem?			
7/26	Ja, das ist eine gute Frage. Da gibt es bestimmt verschiedene Ursachen. Ich könnte mir vorstellen, Hartz- IV ist eine große Ursache dafür, dass da prekäre Lebenslagen entstanden sind, die Coronakrise wird ein Beschleuniger gewesen sein, dass das alles nochmal so forciert hat und (...) ich glaube auch, das ganze System, was Kita und Schule betrifft, da glaube ich auch, dass das personell unterbesetzt ist und dass man da einfach auch frühzeitig schon reingehen muss. Auch in Kitas, dass da schon genügend Zeit ist für die Kinder, denn die ersten Auffälligkeiten sieht man schon im Kindergarten. Und wir wissen meistens, wenn die Kinder im Kindergarten schon Auffälligkeiten haben, dann dauert es nicht lange,	Ursachen für die angespannte Lage im Jugendhilfesystem könnte sein: <ul style="list-style-type: none"> - Hartz IV-System - Coronakrise als Beschleuniger - Personalmangel in Kita, Schule Präventive Maßnahmen werden durch Personalmangel erschwert. Frühförderung von	Derzeitige Situation in der Jugendhilfelandschaft Auswirkungen der Coronakrise Prävention	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe

	bis die dann in der Jugendhilfe aufschlagen. Und in den Schulen ist es das Gleiche. Also es gibt meiner Ansicht, also ist die Schule personell völlig unterbesetzt.	auffälligen Kindern muss schon in der Kita und Schule stattfinden.		
7/27	Was unterscheidet denn Ihr therapeutisches Angebot Ihrer Meinung nach maßgeblich von dem herkömmlichen psychotherapeutischen Angebot, was es ambulant gibt.			
7/27	Ja. Ich glaube einfach, das ist einfach die Schnelligkeit, mit der wir reagieren können und die Intensität, die die Therapeutin einsetzen kann. Denn sie hat eben nicht, wie von der AOK vorgeschrieben, so und so viele Termine...und dann ist gut, dann ist der Schein aufgebraucht...sondern sie kann bedarfsgerechter arbeiten und ist da nicht eingeschränkt. Sondern kann wirklich prüfen, ob es hier zwei Kontakte in der Woche oder einen Kontakt oder einen Kontakt in 2 Wochen braucht.	Therapeutin des Heimverbundes wird in ihrer therapeutischen Arbeit nicht durch Vorgaben der Krankenkassen begrenzt. Dadurch ist eine intensivere und bedarfsgerechtere Arbeit möglich.	Vergleich ambulante Therapie und Therapieangebot des KJF e.V.	Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
7/27	Ja, da es pauschal finanziert ist. Genau! Und ist da nicht in irgendwelchen Abrechnungszwängen, die vielleicht das alles ein bisschen blockieren. Und (...) die Kenntnis natürlich vom Heimverbund. Sie kennt unsere Kinder vielleicht schon ganz anders als eine ambulante Therapeutin, wo das Kind kommt und die Therapeutin das Kind natürlich gar nicht kennt und auch die Wohngruppe nicht kennt. Unsere Therapeutin kennt die Wohngruppen schon sehr gut (lächeln), das heißt also sie weiß genau, welche Mitarbeiter da arbeiten und wie die so ticken, was sie vielleicht gut machen und vielleicht auch manchmal nicht so gut machen. Und kann damit auch ganz anders agieren. Also diese	Im Gegensatz zur ambulanten Therapie wird das Therapieangebot des KJF e.V. pauschal finanziert und wird nicht durch Abrechnungszwänge begrenzt. Therapeutin des KJF e.V. kennt interne Strukturen und Mitarbeiter des Heimverbundes gut. Hohe Lebensweltorientierung und Bedingungen zur Netzwerkarbeit in der Therapie der	Vergleich ambulante Therapie und Therapieangebot des KJF e.V. Vorteile des Therapieangebotes des KJF e.V. Lebensweltorientierung/ Netzwerkarbeit	Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie

	Kenntnis vom Heimverbund und von dem Umfeld, und von den Personen, auch von den anderen Kindern. Da ist sie viel näher dran!	Kinder und Jugendlichen.		
7/27	Welchen Unterschied gibt es Ihrer Meinung nach hinsichtlich der Therapiemotivation bei diesen Kindern, Jugendlichen und Familien im Gegensatz zum ambulanten Bereich?			
7/27	Ich glaube, dass die Therapiemotivation doch relativ hoch ist, weil die Person letztlich ja auch bekannt ist. Und manchmal ist es ja so, dass die Kinder, die da schon waren, dass die sagen: "Da kannst du ruhig hingehen. Passt, die ist nicht schlecht.". Also dieser Leumund, der da schon da ist "Der kannst du vertrauen. Die erzählt das auch nicht weiter. Und die ist da cool. Mir hat es geholfen.". Das spielt schon eine Rolle! Also dass die Motivation dann höher ist. Es kann natürlich auch mal sein, dass ein Jugendlicher sagt: "Da brauchst du nicht hingehen. Hat mir nicht geholfen.". Aber im Grunde genommen ist die Stimmung eigentlich der Jugendlichen und Kinder immer sehr positiv.	Leumund der therapeutischen Arbeit durch die Therapeutin im Verein hat einen positiven Einfluss auf die Therapiemotivation der Kinder und Jugendlichen.	Einflussparameter auf die Therapiemotivation Vernetzung im KJF e.V.	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
7/27	Was passiert in diesen Fällen, wo es nicht passt zwischen Kind und Therapeutin oder Jugendlichem und Therapeutin?			
7/27	Ja, das kann natürlich passieren, dass ein Jugendlicher sagt: "Nein, mir ist es jetzt zu viel.". Dann bekommt er sicher auch noch einmal einen Termin. Wenn er dann aber nicht kommt, dann wird die Therapeutin einfach auch noch einmal Kontakt aufnehmen und den Bedarf abklären. Und dann wird sie es auch beenden, weil man ja nicht (...) ohne die Mitwirkung arbeiten kann. Therapie braucht immer die Mitwirkung vom	Mitwirkungsbereitschaft des Kindes und des Jugendlichen ist von enormer Wichtigkeit für die Therapie und Bedingung zur Weiterführung. Therapiepausen sind bei fehlender Mitwirkungsbereitschaft möglich.	Bedingungen für die Nutzung des Therapieangebotes	

	Jugendlichen selbst. Manchmal muss man es auch aushalten, wenn der Jugendliche eine Pause braucht. Und dann kann man später noch einmal nachfragen, ob der Bedarf noch gegeben ist. "Du könntest noch einmal zur Frau Z. gehen!" Dann wird das manchmal auch wahrgenommen, aber manchmal ist es eben auch zu Ende.			
7/27	Es ist ja manchmal auch so, dass Wohngruppen auch ambulante Therapien wahrnehmen. Also wir haben Also wir haben ja hier bestimmte Praxen, die bekannt sind dafür und es wird nicht jedes Kind zur Frau Z. gehen. Manchmal haben die auch gesagt: "Nein, die Praxis so und so kennen wir schon. Und da hatten wir schon Kinder. Und da haben wir das Kind jetzt angemeldet.". Also das ist auch okay- es gibt da keine Zwänge. <u>Also es muss nicht jedes Kind automatisch zur Therapeutin des Heimverbundes gehen, es können auch ambulante Therapien genutzt werden.</u>	WGs greifen auch auf ambulante Therapieangebote für Kinder und Jugendliche zurück. Nutzung des Therapieangebotes des KJF e.V. ist nicht mit Zwängen belegt. Alternativ können ambulante Therapieangebote genutzt werden.	Nutzung ambulanter Therapieangebote wegen guter Vernetzung zu ambulanten Therapeuten	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
7/28	Worin sehen Sie also ganz konkret Chancen und Potenziale, aber auch Entwicklungsbedarfe dieses therapeutischen Angebotes hier?			
7/28	Also ich würde mir wünschen, dass wir weiterhin auf dieser Art und Weise, wie es jetzt läuft, fortfahren. Wir werden aber jetzt mit der nächsten Evaluation noch einmal genauer darauf schauen, wo die Bedarfe jetzt liegen. Wir haben auch schon einen Termin mit der Therapeutin.	Therapieangebot soll in gewohnter Art und Weise weiterlaufen aus Sicht der Heimleitung unter Beachtung der Ergebnisse aus der kommenden Evaluation.	Chancen und Entwicklungsbedarfe des Therapieangebotes des KJF e.V. Evaluation	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
7/28	Das wird jetzt im Oktober sein. Wo wir dann darauf schauen, wie ist die aktuelle Situation und müssen wir jetzt in das nächste Evaluationsgespräch gehen mit	Evaluation wird nochmalige Entwicklungsbedarfe des therapeutischen Angebotes	Evaluationstermin	Qualitätssicherung und Evaluation

	einer Intention, die noch einmal einer Veränderung bedarf? So wie wir es vielleicht festgestellt haben, wo wir gesagt haben, dass wir unsere Mitarbeiter schulen müssen. Und die Therapeutin dann auch schon einmal in die Wohngruppe gegangen ist und dann gar nicht über das Kind gesprochen hat, sondern über ein Störungsbild. Und dann gesagt hat: "ich informiere euch jetzt mal. Das Störungsbild ist so und so und deswegen braucht es die Intervention!".	aufzeigen. Bisherige Evaluationen haben beispielsweise den Bedarf auf Schulung der pädagogischen Mitarbeiter hinsichtlich psychologischer Grundlagen ergeben. Therapeutin referiert in WGs über Grundlagen zu Störungsbildern.	Evaluationsergebnisse Weiterbildungsangebot durch die Therapeutin in WG	
7/28	Ja, das hat sich bewährt. Weil eben bei der grundlegenden Erzieherausbildung nicht alles dabei ist. Das ist nur eine Grundausbildung. Und manchmal kommen auch Mitarbeiter und haben das noch nie gehört, weil Kinder plötzlich Auffälligkeiten haben, die sie gar nicht einordnen können...und was für ein Störungsbild da eigentlich dahintersteht. Und deswegen braucht es manchmal auch so eine Art "kleine Weiterbildung" auch. Und das haben wir bei der letzten Evaluation herausgearbeitet, dass es dort eben (...) ja (...) noch einen Input geben muss für Mitarbeiter. Und dann manchmal auch bei Schulsuspendierungen....da gab es das eben auch schon, dass dann die Therapeutin auch mal mit der Lehrerin spricht und dann auch mal darauf schaut, wie gehen denn die Lehrer mit dem Kind oder mit dem Schüler um.	Schulung der pädagogischen Mitarbeiter durch die Therapeutin des Heimverbundes hat sich zur Einordnung von Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen aus den WGs bezahlbar gemacht. Bezugspersonengespräche zur Psychoedukation mit den Lehrern der jungen Menschen haben sich ebenfalls als hilfreich herausgestellt.	Schulung der pädagogischen Mitarbeiter BZP-Arbeit mit Lehrkräften	Qualitätssicherung und Evaluation
7/28	Sehen Sie das als Potenzial oder eher als Chance dieses Angebotes, dass da eben auch die Verknüpfung mit der Schule eng sein kann?			
7/28	Ja, das ist eben eine riesige Chance, dass wir auch auf andere	Rahmenbedingungen zur	BZP-Arbeit als Chance	Hemmnisse, Spannungsfel

	<p>Professionen zugehen können, zum Beispiel mit Lehrern sprechen. Aber ich weiß von der Frau Z., dass es teilweise schwierig ist mit Lehrern. Erstens haben die wenig Zeit und zweitens sind die auch in ihren Strukturen gefangen, die ihnen vorgegeben sind im Schulsystem. Und dann flexibel auf das Kind speziell zu gucken, ist eine besondere Herausforderung...das muss man einfach sagen. Aber wir haben auch schon Lehrer gefunden, die sehr dankbar waren, wenn sie noch einmal ein paar Hinweise bekommen haben, zum Beispiel "Was triggert das Kind vielleicht an? Wo muss man aufpassen, dass man vielleicht nicht die falschen Signale setzt? Wenn man morgens schon an der Tür steht und kommt mit einer bestimmten Art, dann ist der schon kurz vorm Explodieren, weil den das antriggert.". Und solche Dinge kann man dann auch mal mit dem Lehrer besprechen. Und die sind ja auch ganz dankbar, wenn man solche Hinweise gibt.</p>	<p>professionsübergreifenden Arbeit wird als Chance des therapeutischen Angebotes gesehen.</p> <p>Zusammenarbeit mit Lehrkräften wird als durchwachsen wahrgenommen, da diese in den vom Schulsystem vorgegebenen Strukturen gefangen scheinen. Potenzial steckt noch in der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Therapeutin, Lehrern und Wohngruppe.</p> <p>Psychoedukation mit Lehrkräften zum Verständnis über Verhaltensweisen und Ursachen für diese. Ggf. wird mit Lehrern an einer funktionalen Anpassung des Lehrerverhaltens gearbeitet.</p>	<p>des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.</p> <p>BZP mit Lehrkräften</p> <p>Potenzial der therapeutischen Arbeit in Bezug auf BZP-Arbeit</p>	<p>der, Entwicklungsbedarfe</p>
7/28	<p>Also habe ich das richtig verstanden, dass sie ein Potenzial noch in der Verbesserung in der Zusammenarbeit mit Lehrern sehen- zwischen Lehrer, Wohngruppe und Therapeutin.</p>			
7/28	<p>Ja! Das würde manchmal schon helfen, weil da ja Konfliktpotenziale sind und letztlich ja auch Schulsuspendierungen darauffolgen. (...)Äh, wenn die Lehrer und Schulen nicht mehr</p>	<p>Aus Sicht der Heimleitung können Schulsuspendierung durch bessere Zusammenarbeit im Netzwerk vermieden werden.</p>	<p>Chancen und Potenziale der Netzwerkarbeit</p>	<p>Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe</p>

	<p>weiterwissen, dann ist das nächste Mittel die Suspendierung. Und dann sitzen die 14 Tage Zuhause und das ist dann eine Katastrophe. So (...) und deswegen ist es eben auch wichtig, mit der Schule zu agieren und zu gucken. Vielleicht braucht es auch eine Schulbegleitung für ein Kind, wo man das herausfinden kann, dass dann eben ein Schulbegleiter installiert wird, um den Unterricht zu ermöglichen. Und ich verstehe ja auch die Lehrer (betonend)! Also wenn unsere Kinder dann so agieren, dass die ihren Unterricht nicht mehr halten können, müssen sie ja irgendwie reagieren und dann wird es für die nicht möglich sein, mit dem Kind zu arbeiten. Dann müssen wir mal gucken, was braucht das Kind dann in der Schule.</p>	<p>Als milderes Mittel einer Schulsuspendierung können im Netzwerk Präventionsarbeit gemacht und Lösungen wie die Installation einer Inklusionsbegleitung gefunden werden.</p>	<p>Präventionsarbeit, Austausch im Netzwerk</p>	
7/29	<p>Gibt es noch irgendetwas, was Sie sich als Entwicklung für die allgemeine Helfelandschaft in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe wünschen würden?</p>			
7/29	<p>Und wir haben jetzt sozusagen die Fachberatung für den Heimverbund mit installiert als Unterstützer für den Leiter natürlich und auch für die Wohngruppen. Um da Fachthemen auch zu besprechen, um vielleicht auch mal Leistungsbeschreibungen gemeinsam zu entwickeln mit den Teams und dafür Zeit zu haben, Weiterbildungen zu steuern. Wir sind jetzt zum Beispiel zu dem Punkt gekommen, dass wir unsere Mitarbeiter im Systemischen, also mit einem systemischen Blick noch ein bisschen schulen müssen. Weil, wir merken in den Wohngruppen, das fehlt unseren Mitarbeitern halt. Da haben wir jetzt festgestellt, wir brauchen eine</p>	<p>Fachleitung wurde installiert als Unterstützer für Wohngruppen und Heimleitung.</p> <p>Heimleitung berichtet vom Aufbau eines vielseitig aufgestellten Helfersystems im KJF e.V., welches aus Therapeutin, Fachberatung, Rückführungsteam und Deeskalationstrainer besteht.</p>	<p>Fachleitung</p> <p>Multiprofessionelles Helfersystem</p> <p>Mitarbeiter-schulung</p>	<p>Potenzial des therapeutischen Angebotes</p>

	<p>Weiterbildung, um den systemischen Blick auf Fälle zu haben. Deswegen haben wir die Fachberatung jetzt integriert und auf der anderen Seite, das finde ich eben gut, haben wir die Therapeutin. Und wir haben dann die Fachberatung, und wir haben dann das Rückführungskonzept, und wir haben dann auch den Deeskalationstrainer für die Mitarbeiter in der Schulung. Sodass wir also viele Bausteine ringsherum bauen, um das ganze System und uns weiterhin zu verbessern.</p>	<p>Mitarbeiter sollen in wichtigen Bereichen geschult werden für eine gute Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen (und zur Mitarbeiterprävention).</p>		
7/29	<p>Da die Fachberatung jetzt erst im Januar angefangen hat, gibt es glaube ich noch nicht so die ganz große Vernetzung zwischen der Fachberatung und der Therapeutin. Sondern wir waren jetzt erstmal damit beschäftigt, die Abstimmung für uns als Leitungsebene zu treffen. Das heißt, ich habe jetzt viel mit der Fachberatung gesprochen und habe dann natürlich auch mit den Hausleitern gesprochen und mit der Frau M., die als Stellvertreterin für mich agiert für bestimmte Wohngruppen auch, und mit der Fachberatung. Um dort erst einmal die Aufgaben abzustecken, wer macht jetzt was. Wir haben die Aufgaben auch noch einmal ein bisschen verteilt. Das heißt, die Fachberatung wird jetzt auch die Weiterbildungen ein Stück weit mit strukturieren, Fachberatung wird die Qualitätsentwicklung mit voranbringen und die Leistungsbeschreibung ein Stück weit mit den Mitarbeitern zusammen erarbeiten und die Teams auch fachlich beraten zu bestimmten Themen.</p>	<p>Bisher keine Vernetzung zwischen Fachberatung des KJF e.V. und der Therapeutin des Heimverbundes.</p> <p>Im Netzwerk müssen Aufgaben klar definiert sein und abgesteckt werden in gemeinsamer Erarbeitung.</p> <p>Aufgaben der Fachberatung des KJF.eV.: Weiterbildungen strukturieren, Qualitätsentwicklung voranbringen, Leistungsbeschreibungen erarbeiten, Wohngruppen fachlich beraten zu Themen</p>	Vernetzung	Qualitätssicherung und Evaluation
7/30	<p>Gibt es noch irgendetwas, wo sie sagen, das möchten Sie noch</p>			

	hinzufügen. Das fehlt noch, um dieses Interview rund zu machen.			
7/30	Ja. Ich möchte noch einmal sagen, dass ich den Therapeuten des Heimverbundes keinesfalls mehr missen möchte. Also das ist ein ganz wesentlicher Baustein, der uns unterstützt, gerade auch in kritischen Situationen. Und da ist mir einfach auch die Meinung der Therapeutin immer sehr wichtig, weil ich bin selber ja auch bloß Sozialpädagoge (lachen).	Arbeit der Therapeutin im Heimverbund wird sehr wertgeschätzt und soll beibehalten werden.	Bedeutung der therapeutischen Arbeit	Potenzial des therapeutischen Angebotes
7/30	Und ich habe natürlich nicht den Blick, den eine Therapeutin hat und auch nicht das Fachwissen. das heißt also, ich profitiere einfach unheimlich viel davon, wenn die Therapeutin Dinge erklärt und bezogen auf das Kind reflektiert. Und ich würde mir eben auch wünschen, dass unserer Mitarbeiter das genauso sehen und das auch annehmen können als einen besonderen Baustein, der uns einfach in der Arbeit mit dem Kind hilft und auch mit den Eltern. Und ich weiß, so wie die Therapeutin auch mit den Eltern arbeitet, das könnte niemand anderes SO machen. Weil, das braucht ja ein Vertrauensverhältnis. Und erst, wenn die Eltern das Vertrauen gefunden haben zu der Person, dann lassen die sich ja ein auf Veränderungen. Und ich glaube, das ist eine große Stärke der Therapeutin, dass sie dieses Feeling hat auch für die Eltern. Also schon mit dieser wertschätzenden Haltung heranzugehen und die Eltern auch in ihren Ressourcen zu bestärken, die sie auch haben, also diesen positiven Blick immer darauf zu haben. Und die dann an die Hand zu nehmen und zu sagen: "Und das schaffen Sie! Wir müssen	Therapeutisches Fachwissen ergänzt das pädagogische Wissen der Heimleitung und pädagogischen Fachkräfte in den WGs. Zusammenarbeitet bietet Raum für Erklärungen und zur Reflexion. Unterstützung und Beratung durch die Therapeutin soll von Fachkräften aus der WG noch besser angenommen und wertgeschätzt werden aus Sicht der Heimleitung. Therapeutin wird in ihrer Arbeit mit den Eltern als besonders einfühlsam, wertschätzend, ressourcenorientiert und positiv beschrieben. Zum Aufbau einer	Chance multiprofessioneller Zusammenarbeit Potenziale Rollenverständnis Therapeutin und Wertschätzung	Potenzial des therapeutischen Angebotes Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe Einbindung der jungen Menschen und Eltern in den Hilfeprozess

	<p>bloß da und da und da noch arbeiten. Und dann braucht das einen Plan, wie Sie mit dem Kind umgehen und dann klären wir vielleicht auch noch das andere Problem, was Sie haben. Da kenne ich jemanden, der das mit Ihnen gemeinsam macht.". Also das Netzwerk dann da zu nutzen. Das ist eine Arbeit, die ich niemals leisten könnte als Leiter. Also deswegen bin ich froh, dass wir diese Profession haben, genauso wie jetzt die Fachberatung halt dazugekommen ist.</p>	<p>stabilen Arbeitsbeziehung zu den Eltern sehr wichtig.</p> <p>Therapeutin arbeitet mit der Aktivierung des Netzwerkes und vermittelt Hilfen aus dem Netzwerk an die Eltern.</p> <p>Heimleitung und WG könnten diese Arbeit nicht leisten.</p>	<p>Netzwerkarbeit der Therapeutin</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	--

Nr./Frage	Aussage	Paraphrase	Subkategorie	Hauptkategorie
8/1	Denn ich weiß, Sie sind ja Mama eines Patienten, (...) der hier in dieses therapeutische Angebot gekommen ist, ja?			
8/1	Ja.			
8/1	Und Sie waren auch eng eingebunden in den Prozess/Therapieprozess Ihres Kindes?	Mutter eines Patienten, welche bestätigt, eingebunden gewesen zu sein in den Therapieprozess ihres Sohnes beim KJF e.V..	Elternarbeit	
8/1	bestätigendes) Hmm.			
8/2	Können Sie mir vielleicht berichten, wie lange Ihr Sohn hier in der Therapie war?			
8/2	Oh Gott (...), also ich glaube insgesamt war der (...) ich glaube 1 1/2 oder 2 Jahre mit Sicherheit hier. Ja, also das war ja im Zusammenhang mit der Wohngruppe. Und er war ja in der Wohngruppe auf der B.-Straße (anonymisiert) und ist dann nachher in eine andere Wohngruppe gezogen, in die A.-Straße (anonymisiert). Weil ja das auf der B.-Straße zeitlich begrenzt	<p>Therapiedauer war an die Dauer der WG-Unterbringung geknüpft.</p> <p>Therapiedauer betrug 1 ½ -2 Jahre bei Therapeutin des Heimverbundes.</p>	<p>Therapiedauer</p> <p>Bedingungen zur Nutzung des therapeutischen Angebotes</p>	

	ist.			
8/2	Was ist das für eine Wohngruppe?			
8/2	Naja, das ist auch so eine Wohngruppe, wo man aber dann sagt, in zwei Jahren (...) muss es quasi irgendwie geschafft sein, dass die Konfliktsituation oder was halt Zuhause vorgefallen ist, dass das geregelt ist. Das haben wir aber schon nach einem 1 1/2 Jahr gemerkt, dass wir das nicht schaffen und dass das einfach ein längerer Prozess ist. Und deshalb haben wir ihn dann noch einmal umgeschwicht in die WG A.-Straße, wo du halt bis zum 18. oder 21. Lebensjahr bleiben kannst und auch auf das Leben vorbereitet wirst. (...) Wird natürlich aber gern gesehen, wenn es die Möglichkeit gibt, dass das Kind wieder ins Elternhaus zurückkommt, ja! Und das haben wir halt auch geschafft.	Konzept einer Wohngruppe sieht eine Rückführung nach spätestens 2 Jahren vor. Wird dieses Ziel nicht erreicht, muss das Kind die Wohngruppe verlassen und wechseln in eine Verselbstständigung s-WG. Familie hat die Rückführung des Pat. in den mütterlichen Haushalt geschafft.	Rückführungs idee und Wohngruppenkonzept Spannungsfeld WG-Wechsel	
8/3	Was hat denn Ihren Sohn damals in die Therapie geführt? Welche Auffälligkeiten gab es denn?			
8/3	Das Problem (...), also wir hatten schon ganz lange mit dem Jugendamt zusammengearbeitet. Also ich hatte auch ambulante Hilfen damals über (...), Gott... weiß gar nicht, wie das hieß (nachdenken) (...) Balance! Und da hatte ich ein 1 1/2 Jahr eine Bearbeiterin gehabt.	KM war im Vorfeld der therapeutischen Hilfe für ihren Sohn bereits an ambulante, sozialpädagogische Hilfe eines anderen Trägers angebunden.	Hilfebedarfe	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
8/3	Und haben da halt auch versucht, das irgendwie hinzukriegen. Es gab halt so Streitigkeiten zwischen uns. Er war halt relativ respektlos, aber das hat auch was mit dieser ganzen Gesamtsituation zu tun, wie er auch aufgewachsen ist. Der Vater wollte halt nichts von ihm wissen und ich musste ja quasi alle beide Elternteile ersetzen. Das war natürlich immer ein bisschen schwierig. Ich habe mir natürlich als Mutti auch die Schuld dafür	Grund für die Therapieanbahnung: Innerfamiliäre Schwierigkeiten, d.h. Interaktionsschwierigkeiten zwischen KM und Sohn (Beleidigungen der KM ggü.) Schwierige Lebenslage im Elternhaus:	Lebenslagen	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe

	<p>gegeben, dass ich ihn in manchen Situationen nicht beschützen konnte, was halt mein Partner dann gemacht hat. Und hab ihn natürlich mit falscher Liebe, was materielle Sachen betrifft, überhäuft. Weil ich dachte, ich tue ihm damit einen Gefallen und es wird halt wieder gut. Und er hat sich natürlich diese Verhaltensweisen, die der Partner an den Tag gelegt hat, also diese Respektlosigkeiten wurden dann immer schlimmer.</p>	<p>Ablehnung des Pat. durch seinen KV; KM habe Sohn nicht beschützen können vor aggressivem Verhalten des KV; Übernahme ungünstigen Modellverhaltens des KV durch den Pat.</p>		
8/3	<p>Es war ja dann der Mann mit dieser Vorbildfunktion. Und er hat dann halt gesehen, der springt mit der Mutti so um, also kann ich das halt auch. Und das war dann halt wirklich so schlimm, dass mit Absicht Sachen kaputt gemacht worden von ihm. Und er hat das dann als lustig empfunden und hat dann halt drüber gelacht, dass ich es wieder bauen muss und so, ja. Und er hat auch Sachen nach mir geworfen, bis dann halt irgendwann mal der Punkt kam...der kleine Bruder ist ja dann auch noch auf die Welt gekommen...und ich musste ja auf den Kleinen auch noch ein bisschen aufpassen. Und es war dann irgendwann so schlimm gewesen, dass mir dann die Hutschnur geplatzt ist und ich dann wirklich auch auf mein Kind los bin und halt eben auf den eingeschlagen habe. Und es tat mir so in der Seele weh und ich wollte das nicht! Ich habe wirklich danach Rotz und Wasser geweint. Und ich habe gesagt: "Ich muss mein Kind schützen- das eine Kind. Ich muss aber das andere Kind auch schützen, was da noch da ist. Und wir wollen da einfach Hilfe haben!". Und das haben wir ganz lange versucht, uns zu</p>	<p>Pat. habe stark provokantes und verbal sowie physische aggressives Verhalten ggü. KM gezeigt (Sachzerstörungen).</p> <p>KM habe wegen Überforderung mit aggressivem Verhalten ggü. ihrem Sohn reagiert und körperliche Gewalt angewendet.</p> <p>Familie habe sich selbst Hilfe gesucht.</p>	<p>Hilfebedarf</p> <p>Hilfeanbahnung</p>	<p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>

	erarbeiten. Dass wir dann einfach die räumliche Trennung genutzt haben, dass wir (...) wieder zueinander finden.			
8/3	Das haben wir halt auch so. Ich habe es ihm jetzt nicht so gesagt. "Ich will dich jetzt nicht abschieben. Ich will dich in kein Heim oder so etwas geben. Ich möchte das einfach für uns als Chance nutzen, dass wir auch wieder zueinander finden. Und vielleicht tut uns das gut, einfach mal diese räumliche Trennung.". Und wir haben dann auch gemeinsam die WG besichtigt und es auch angeguckt. Und dann wurde es eigentlich immer besser. Und ich hatte aber diese Familienhilfe für mich und mein anderes Kind auch, weil ich mir natürlich auch Hilfe gesucht habe.	Räumliche Trennung zwischen KM und Pat. wurde als Chance für ein Zueinanderfinden zwischen Pat. und KM gesehen. Gemeinsame WG-Besichtigung durch KM und Sohn Stationäre Unterbringung des Sohnes wurde durch SPFH für die KM unterstützt.	Chancen der Heimunterbringung Verbindung ambulanter und stationärer Hilfe	
8/3	Nein, nein, hier über das KJF.	Zusammenlauf ambulanter und stationärer Hilfe durch das KJF für das Familiensystem.		
8/3	Sie haben dann gewechselt von einem anderen Träger auf das KJF?			
8/3	Genau! Und (...) hatte dann meine ambulante Hilfe für mich und mein anderes Kind genauso. Weil ich mir natürlich als Mutti viele Vorwürfe gemacht habe und ich als Mutti natürlich auch gedacht habe: Bin ich wirklich so eine schlechte Mutti? Habe ich wirklich alles so schlecht gemacht?. Also ich habe den Fehler wirklich auch bei mir gesucht. Und die Hilfe hat mir halt in der Hinsicht geholfen, dass an meinem Selbstwertgefühl gearbeitet wird und wirklich mal so ein Lebensweg entworfen wurde. Wann bin ich geboren? Was habe ich denn in der Zeit schon gemacht. Also bis hin zu "Wie viele Hürden habe ich denn eigentlich schon	Sozialpädagogische Familienhilfe hat Hilfebedarfe der KM aufgenommen: Selbstwertaufbau der KM, ressourcenorientiert er Blick auf bisher Geschafftes der KM	Ressourcenfokussierung	

	genommen?".			
8/3	Haben Sie das in der Therapie mit Frau Z. gemacht oder in der ambulanten Hilfe?			
8/3	Nein, hier in der ambulanten Hilfe. Mit der Frau Z. war das halt eben das Gespräch, weil er ja dann hier (in Therapie) war. Also hier in Behandlung war und in der WG. Das Angebot dann über die Frau Z., sodass dann hier auch an ihm, an seinem Selbstwertgefühl, gearbeitet wird, weil er sich natürlich auch ganz viel eingeredet hat. Auch aufgrund vom Partner, dass er halt nichts kann und dass er nichts bringt und dass er ein "Nichts-Nutz" ist und dass er an Allem Schuld ist, weil die Beziehung kaputt gegangen ist. Und das hat mit ihm ganz viel gemacht. Und deshalb war er dann auch hier bei der Frau Z. und hat das hier wieder aufgearbeitet- dieses Selbstwertgefühl und auch dieses "Ich kann mich abstoppen, wenn mir irgendetwas zu viel wird.". Dass er dann keine Wutausbrüche bekommt und auf jemanden einschlägt.	Therapeutisches Angebot in erster Linie zur Weiterentwicklung des Patienten in den Bereichen: Entwicklung des Selbstwertgefühls, zur Erarbeitung einer funktionalen Emotionsregulation, Bearbeitung schwieriger Lebensereignisse in der Therapie	Therapiebedarfe und -inhalte	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
8/3	Er hat Strategien erlernt. Hier bei Frau Z. war es zum Beispiel mit einer Fernbedienung, die er in der Tasche hatte, wo ein roter Knopf drauf war. Und was ihn triggern sollte, dass er sich abbremsen kann.	Therapeutin setzt kreative Methoden zur Emotionsregulation ein bei Kindern.	Anforderung an die Therapeutin des KJF e.V.	
8/4	Wie geht es denn Ihrem Sohn heute? Was hat sich denn durch die Therapie verändert?			
8/4	Also ich denke schon, dass er viel mehr Selbstbewusstsein hat. Das hat er natürlich auch geschafft, weil er von einer anderen Schule....er war ja in der Schule für Erziehungshilfe... es natürlich alleine geschafft hat, auf eine Regelschule zu gehen. Und er zieht	Stärkung des Selbstbewusstseins, Wechsel der Schulform, Stärkung der Selbstverantwortung, Verarbeitung der Erlebnisse mit dem	Therapieerfolge	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure

	da auch wirklich sein Ding durch. Er ist jetzt in der 9. Klasse und er geht arbeiten, trägt nebenbei Zeitung aus. Also es hat schon ganz viel gemacht mit ihm auf jeden Fall. Und auch die Sachen, die seinen Vater betreffen, davon will er eigentlich gar nichts mehr wissen.	KV		
8/5	Wer hatte denn damals die Idee zur Therapie? Also wer hat Ihren Sohn hier zur Therapie gebracht?			
8/5	Na es lief durch die ambulante Hilfe an. Durch die ambulante Betreuung und eben auch durch die Wohngruppe. Denn er hatte ja schon draußen, bevor wir hier in der Hilfe waren, verschiedene Therapeuten gehabt. Denn eigentlich schon seitdem er 7 ist.	Idee zur Therapie kam durch Therapieempfehlung der ambulante, sozialpädagogischen Familienhelferin und durch die Empfehlung der Fachkräfte in den WGs.	Hilfeanbahnung Vernetzung	Potenziale des therapeutischen Angebotes
8/5	Ja, und dann haben die gesagt, man könnte das eigentlich gleich verbinden. Er ist nun schon einmal hier und Sie sind hier in der Hilfe, und das hat sich natürlich super angeboten. Also ich fand das toll!	Beim KJF ist trägerinterne Verbindung ambulanter, stationärer und therapeutischer Hilfe möglich.	Vernetzung verschiedener Hilfeformen	Potenziale des therapeutischen Angebotes
8/6	Wie lange mussten Sie denn damals warten auf die Therapie Ihres Sohnes?			
8/6	Ach das hat gar nicht so lange gedauert! Es ging eigentlich relativ fix. Vielleicht zwei, drei Monate. Also es ging wirklich relativ schnell.	Schnelle Therapieanbindung ans Therapieangebot des KJF möglich mit kurzer Wartezeit.	Wartezeit für die Therapie beim KJF e.V.	Potenziale des therapeutischen Angebotes
8/7	Und was denken Sie denn...Sie sagten, es gab im Vorfeld auch schon Therapieversuche. Ihr Sohn war auch schon in Therapie. Wie unterscheidet sich denn dieses Therapieangebot hier vom KJF vom ambulanten Therapieangebot?			
8/7	Also ich sag mal so, bei ambulanten Therapien, wenn du hier beim normalen Psychologen oder so etwas bist, dann hast du meistens	Frequentierung der Therapiestunden aus Erfahrung der KM: aller 14 Tage 50min.	Vergleich ambulante Therapie und Therapie des	Vergleich zwischen therapeutischen

	<p>aller 14 Tage diese 50 Minuten Gespräch. Und ich finde immer, diese 50 Minuten reichen gar nicht aus, das aufzuholen, was aufzuholen, was in den 14 Tagen passiert ist. Denn eigentlich fand ich das gar nicht so als Therapie. (...) Sondern man hat immer wieder an dem Tag erzählt, das ist jetzt in den letzten 14 Tagen passiert. Und das war es eigentlich (lachen). So und das fand ich halt hier schöner, denn das Ganzheitliche mehr gesehen wurde, weil eben alles miteinander verbunden war.</p>	<p>Gesprächsangebot wurde als nicht ausreichend empfunden.</p> <p>Vorteil der Therapie beim KJF e.V.:</p> <p>Ganzheitlicher Blick durch Vernetzung verschiedener Hilfen und Austausch</p>	KJF e.V.	Angebot des KJF und Kassentherapie
8/7	Wie genau meinen Sie das?			
8/7	Naja... die Wohngruppe, die ambulante Hilfe hier und die Frau Z.- wir haben hier alle an einem Strang gezogen, und deswegen war das hier einfach viel besser.	Therapeutin, WG und ambulante Helfer haben an einem Strang gezogen.	Zielverfolgung im Netzwerk	Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
8/8	Und Sie sagten, im Vorfeld gab es andere Therapieversuche. Was waren das denn für Therapien, die Ihr Sohn in Anspruch genommen hat?			
8/8	Ja auch so Verhaltenstherapie. Immer die volle Zeit- 2 Jahre. Und danach hast du ja wieder Pause, bis du die nächste beantragen kannst (lachen). Insgesamt, (...) ich glaube vor der Frau Z. waren es zwei oder drei Stück, ja.	Pat. habe im Vorfeld bereits 2-3 ambulante Verhaltenstherapien in Anspruch genommen mit Pausen zwischen den jeweiligen Therapien.	Ambulante Therapieversuche Therapiemüdigkeit	
8/9	Und sagen Sie, in welchem Alter ist Ihr Sohn denn hier in die Therapie gekommen?			
8/9	Oh Gott (...). Der ist jetzt 15 und ist auch schon wieder drei Jahre Zuhause. Ich glaube, (...) so mit 9 oder 10 Jahren. Ja.	Therapiestart im 9./10.Lebensjahr des Patienten	Zielgruppe, Alter	Effekte der therapeutischen Hilfe
8/10	Und wie oft ist Ihr Sohn hier in die Therapie gekommen und welchen			

	zeitlichen Rahmen hatte so eine Therapiestunde?			
8/10	Also ich weiß, dass er glaube ich fast wöchentlich hier war bei der Frau Z.. Es sei denn, es hat sich mal irgendwas verschoben. Aber ich glaube, das ging immer eine Stunde.	Therapie im KJF e.V. findet i.d.R. mindestens 1x wöchentlich statt. 1 Therapiestunde dauert 60 Minuten.	Frequentierung der Therapiestunden und Zeitrahmen	
8/10	Aber sie hatte natürlich den Input auch von den Wohngruppen. Wenn dort irgendwas war, dann immer ein Ohr offen hatte. Und es gab ja auch Gespräche für mich als Mutti, die für mich sehr wichtig waren	Austausch zwischen Therapeutin und WG nützlich für die Nachreflexion kritischer Alltagssituationen mit dem Pat.. KM empfindet Elterngespräche als wichtig.	Elterngespräche Netzwerkarbeit und Alltagsorientierung in der Therapie	Potenzial des therapeutischen Angebotes
8/11	Wie wurden Sie denn im Rahmen der Bezugspersonenarbeit mit in die Therapie Ihres Sohnes eingebunden?			
8/11	Naja im Sinne von Elterngesprächen. Es gibt ja immer nochmal Elterngespräche. Es gibt ja die Gespräche mit den Kindern, die in der Verhaltenstherapie erarbeitet werden und dann eben auch nochmal mit den Eltern, wo manchmal einfach dann herauskommt, was hat denn Frau Z. zum Beispiel herausgefunden. Warum ist das jetzt so bei dem M., was mir geholfen hat, ihn ein bisschen besser zu verstehen oder anders mit dieser Situation umzugehen. Und ich habe dann halt auch meine Ängste und Sorge mitteilen können oder das, worin ich vielleicht noch Probleme sehe. Und das konnte sie dann natürlich mit M. ein bisschen besser erarbeiten.	Stattfinden von Elterngesprächen, um bei den KE Verständnis zur Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten und Erarbeitung von Strategien im Umgang mit dem Verhalten. KM habe Gespräche auch genutzt, um eigene Ängste, Sorgen und Entwicklungspotenziale mitzuteilen.	Eltern- und BZP-Arbeit	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
8/11	Inwieweit wurden Sie eingebunden? Das heißt: Waren Sie auch jede Woche hier als Mama, oder wie oft war das?			

8/11	Also man hat in dem Jahr vier oder fünf Gespräche als Bezugsperson.	4-5 Gespräche für die Elternarbeit sind vorgesehen.	Elterliches Verständnis zur Eltern- und BZP-Arbeit	
8/11	Hatten Sie auch gemeinsame Gespräche mit Ihnen, Ihrem Sohn und Frau Z.?			
8/11	Ja, das gab es auch.	3-er Gespräche zwischen KM, Pat. und Therapeutin	Einbezug der Eltern in Patientenstunden	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
8/12	Und wer aus dem damaligen Bezugssystem Ihres Sohnes wurde denn noch in die Therapie eingebunden? Also ich denke jetzt so an Wohngruppe, Jugendamt. Wie sind die eingebunden worden?			
8/12	Ja, eigentlich ganz gut, dadurch dass das hier alles in Einem war. Die Leute, die wie der Herr A. (Familientherapeut/ Einzelfallhelfer) mit hier sitzen oder die Frau (...) ich weiß jetzt gar nicht, wie sie heißt...	Aus Elternsicht guter Einbezug aller Helfer aus dem Hilfenetzwerk in die Therapie. Kurze Wege im Verein begünstigen den Austausch zwischen den Fachkräften.	BZP-Arbeit und Netzwerknutzung	
8/12	Also von auswärts gesehen, wie sie die Situation "Mama & Kind" sehen, wie sich der M. entwickelt hat in den Einzelfallhilfen und genauso in der Wohngruppe. Also es war schon toll.	Ganzheitlicher Blick auf Entwicklungen der Mutter-Kind-Beziehung und auf Entwicklung des Pat..	Fachaustausch und Multiperspektive	Potenzial der therapeutischen Hilfe
8/12	Gab es auch Gespräche mit beispielsweise zwischen Therapeutin und Ihrem Einzelfallhelfer?			
8/12	Ich glaube, ja. Dass es die auch gab. Und wenn es halt auch so, mal zwischendrin geklappt hat (Tür- und Angelgespräche).	Fachaustausch zwischen Therapeutin und ambulanten Helfern ist erfolgt, auch in Tür- und Angelgesprächen.	Fachaustausch	
8/13	Wie schätzen Sie denn persönlich die Notwendigkeit der Arbeit in			

	<p>solchen Netzwerken für den Therapieerfolg Ihres Sohnes ein? Denn Sie haben gesagt, alles war so miteinander vernetzt. Was denken Sie, welchen Einfluss hat das auf die Therapie Ihres Sohnes gehabt?</p>			
8/13	<p>Na, weil halt viele mitwirken konnten. Nicht bloß die Frau Z. an sich und die sagt jetzt: "Fr. T., so müssen Sie das machen. Oder das habe ich jetzt gesehen.", sondern dass eben auch von anderer Seite etwas kam. Die in der Wohngruppe hatten den M. ja natürlich auch 5 Tage die Woche gesehen und auch seine Entwicklung mitgemacht. Und auch die andere Wohngruppe in der A.- Straße, wo er dann größer geworden ist. Wir hatten dann das Problem angesprochen, weil ja unbedingt ein Mann hersollte, um ein anderes Männerbild zu sehen. Denn für ihn war es so, jeder potenzielle Mann ist eigentlich auf gut Deutsch ein "Arsch", weil er halt nichts anderes kannte, außer dass ein Mann böse, gewalttätig, der trinkt usw. ...Und das war mir halt wichtig. Und darauf sind ja wirklich alle eingegangen. In der ersten WG hat es nicht ganz geklappt, aber dort waren Männer da. Und da war eine Bezugsperson in der WG und viele Männer ringsherum. Und in der anderen WG, in der A.-Straße, hat er nur einen Mann (als Bezugsbetreuer) gekriegt. Und das fand ich ziemlich toll. Und deswegen finde ich auch dieses Netzwerk toll. Das ist wie in der Pflege: In der Pflege funktioniert es auch so. Da hast du die Patienten, du hast die Angehörigen, du hast vielleicht das Pflegepersonal, du hast den Arzt, du hast Therapeuten. Und die müssen ja</p>	<p>Kommunikation zwischen Netzwerkakteuren wird als wichtige Grundlage gesehen, um das Beste für den Patienten herauszuholen.</p> <p>Fachkräfte in WG haben als Modell für den Pat. fungiert, um Alternativmodelle zum gewalttätigen und alkoholisierten KV zu bekommen.</p>	<p>Einfluss von Netzwerkarbeit auf den Therapieerfolg</p> <p>Rollenverständnis der pädagogischen Fachkräfte in den WGs</p>	<p>Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p> <p>Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team</p>

	alle miteinander kommunizieren, um das Beste für den Patienten eigentlich herauszuholen.			
8/13	Und das haben Sie hier erlebt?			
8/13	Ja, definitiv! Also es ist mir in den anderen Therapien gar nicht so bewusst geworden. Das gab es da einfach nicht. Das hat halt irgendwo gefehlt.	KM benennt fehlende Netzwerkarbeit in vergangenen, ambulanten Therapien	Nachteil ambulanter Therapie	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
8/14	Okay, wie erfolgt denn die Zusammenarbeit zwischen Ihnen, der Therapeutin, der Wohngruppe und dem Jugendamt? Also (...) Telefonate, persönliche Gespräche?			
8/14	Viel über persönliche Gespräche! Also wir hatten dann immer Termine. M.'s Termine bei der Frau Z. waren immer fest, weil sie natürlich dann immer switchen musste. Wie hat er Schule aus? Wann kann ich ihn einplanen? (...) Also M.'s Termine waren fest und die anderen Termine, die so für die Familienhilfe waren, die waren immer variabel. Einfach so, wie es der Dienstplan hergegeben hat und wie Zeit war- mal vormittags, mal nachmittags, mal nur mit mir alleine, mal mit den Kindern zusammen.	Etablierung fester Therapiezeiten für den Pat. und flexible und bedarfsorientierte Vereinbarung von persönlichen Bezugspersonen- und Elterngesprächen.	Austausch BZP-/ Elterngespräche	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
8/15	Und wer wurde denn in die Hilfeplangespräche mit einbezogen? Können Sie es vielleicht einmal aufzählen?!			
8/15	Also ich glaube, zu meinen: die Frau Z. war auch mit dabei, dann halt die Kollegen von der ambulanten Hilfe, von der Wohngruppe, das Jugendamt....Es war damals die Frau K. vom JugendamtEs hatte zwischendurch auch noch einmal geswitcht gehabt...Dann meine Wenigkeit.	Teilnehmer am HPG: Therapeutin, Fachkräfte aus WG, ASD, Fachkräfte aus ambulanter Hilfe, KM, Bruder des Pat.	HPG-Teilnehmer Netzwerkarbeit/ Austausch	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk

	Dann der kleinere Bruder, der war mit dabei. Also es war groß.			
8/15	Wir haben auch gemeinsam entschieden, wohin es geht. Also wie es weitergeht, ob man irgendwann sagen kann, dass die Hilfe beendet wird mir ruhigem Gewissen. Sodass man sagen kann, man kann das Kind jetzt wieder zurückschicken und hat da keine Bauchschmerzen, oder man braucht eben doch noch Hilfe. Und selbst auch danach gab es noch Hilfe.	Einigung auf eine gemeinsame Zielerreichung aller Hilfebeteiligten im HPG (Schulterschluss). Ambulante Anschlusshilfe kann installiert werden nach Rückführung des Kindes/Jugendlichen.	Gemeinsamer Prozess der Hilfeplanung Partizipationsmöglichkeiten	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
8/16	Inwieweit haben Sie sich als Mama in Hinblick auf die Perspektive Ihres Sohnes gut einbezogen gefühlt im Therapieprozess?			
8/16	Gut, also wirklich gut (betonend). Weil ich habe das Gefühl gehabt, dass das alles so familiär abläuft. Nicht so: "Ich arbeite jetzt den einen ab und dann mache ich die Akte zu und nehme den nächsten.". Also wie beim Arzt, wie am Fließband ungefähr. Und das fand ich halt schön. Und man konnte, wenn man Fragen hatte, immer wieder fragen und es war immer jemand da, der dir versucht hat, zu helfen. Und genau.	Therapeutisches Angebot im KJF e.V. wird als „familiär“ und das gesamte Hilfsnetzwerk als jederzeit abrufbar empfunden.	Chancen von Netzwerkarbeit	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
8/17	Woran hat sich denn die Dauer des therapeutischen Prozesses Ihres Sohnes orientiert? Wer hat bestimmt, wie lange diese Therapie dauern wird?			
8/17	Also ich sage mal so: der Vorgebende war ja eigentlich das Jugendamt, weil die natürlich die Oberhand haben und zu sagen "Wir übernehmen auch die Kosten für diese Wohngruppe.". Denn es war ja nur in Verbindung mit der Wohngruppe machbar, dass es über die Frau Z. lief. Und deshalb waren die (Jugendamt) schon	Therapiedauer wird aus Sicht der KM durch Weiterbewilligung und Finanzierung des Jugendamtes sowie durch Länge des stationären Aufenthaltes mitbestimmt.	Einflussparameter auf die Therapiedauer	

	immer mit eingebunden. Also (...) hätte es länger gedauert (in der WG), dann wäre bestimmt auch die Therapie länger gegangen.			
8/17	Hat sich die Dauer der Therapie auch daran orientiert, welche Fortschritte Ihr Sohn schon gemacht hat?			
8/17	Ja, natürlich. Klar, die mussten das ja in den Bericht schreiben. Und auch Frau Z. musste ja in den Bericht schreiben, wie war es, als M. in die Therapie gekommen ist und wie ist es jetzt? Den kann man mir ruhigem Gewissen dann auch gehen lassen.	Auch Bedarf und Therapiefortschritte bestimmen Therapiedauer mit. Therapeutin hält Fortschritte im Bericht fest.	Einflussparameter auf die Therapiedauer Berichtswesen	Qualitätssicherung und Evaluation
8/18	Wie wurden Sie denn in die Bewertung und Auswertung der Therapie eingebunden? Also durften Sie beispielsweise Wünsche äußern und wurden diese dann berücksichtigt in der Therapie?			
8/18	Ja, ja! Ja, es wurde ja diesbezüglich auch gefragt, was ich mir wünschen würde für mich selbst, was ich mir für M. wünschen würde. Und da sind die auch schon richtig super drauf eingegangen, definitiv.	In Therapie erfolgt eine gemeinsame Zielklärung unter Einbezug der Eltern.	Partizipationsmöglichkeiten in der Therapie	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
8/18	Also ich habe es bei der Frau Z. , also meine Wünsche, gesagt. Was ich mir vorstellen könnte, wie es für den M. gut laufen könnte. Aber auch bei allen anderen. Also die sind da wirklich drauf eingegangen. Auch bei den ambulanten Hilfen.	KM schätzt ihre Partizipationsmöglichkeiten im Rahmen der therapeutischen, stationären und ambulanten Hilfe als sehr gut ein.	Partizipationsmöglichkeiten der Eltern in Therapie und Pädagogik	
8/18	Es hört sich so positiv an?			
8/18	Also ich kann auch absolut nichts Negatives sagen. Also ich war wirklich richtig gut hier aufgehoben, auch meine Kinder. Und es war wirklich ... (...) also ich glaube, es waren am Ende 3 Mann von der ambulanten Hilfe bei uns (lachen). Also ein ambulanter Helfer für den Kleinen, ein ambulanter Helfer für den Großen,	KM hat sich in der ganzheitlichen Hilfe aus einem Netzwerk von ambulanter, stationärer und therapeutischer Hilfe gut aufgehoben gefühlt.	Netzwerkarbeit aus Elternsicht	

	plus Frau Z. (Therapeutin), plus die WG (...). Also es war ein großes Netzwerk.			
8/19	Ein großes Netzwerk. Und es ist ja dann die Rückführung Ihres Sohnes in den Haushalt erfolgt. Können Sie mir darüber berichten, wie es Ihnen damit dann ging?			
8/19	Ähm, er war ja sonst immer nur das Wochenende bei uns.	Wochenendaufenthalt im elterlichen Haushalt	Prozess der Rückführung aus Elternsicht	
8/19	Also es war eine Wochen-WG, wo er war?		Konzept der Wochen-WG	
8/19	Genau. Also es war nicht so, dass er dauerhaft weg war, sondern er war halt am Wochenende und in den Ferien meistens bei uns dann. So wie es abgesprochen war, es sei denn die WG ist auch weggefahren, und dann haben wir danach immer gleich besprochen: Wie lief das Wochenende? Wie lief es Zuhause oder im Urlaub?. Und wir haben uns natürlich gefreut der M. und ich- aber es war natürlich am Anfang bisschen komisch. "Er ist jetzt doch wieder ganz Zuhause." Und wir mussten erstmal wieder unseren Alltag finden, wie wir das auf die Reihe kriegen. Aber ich denke, das haben wir gut hingekriegt. Also er ist ja jetzt schon seit drei Jahren wieder Zuhause.	Sohn habe das Wochenende und den Großteil der Ferien bei seiner Familie verbracht im Konzept der Wochengruppe. Enger Austausch zwischen WG und KM im Nachgang an Beurlaubungen in der Familie.	Austausch zwischen WG und Familie	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
8/19	Also in der Wohngruppe war er glaube ich insgesamt 2 Jahre. Ja, 2 1/2 Jahre.		Dauer der stationären Unterbringung	
8/19	Okay. Dann habe ich ganz viel schon von Ihnen erfahren dürfen und nehme mit, dass Sie diese Hilfe als sehr gewinnbringend erlebt haben, dass Ihr Sohn wieder zu Ihnen zurückgeführt werden konnte und dass Sie heute recht positiv miteinander zusammenleben, ist das richtig?	Familie lebt seit der Rückführung vor zwei Jahren gut miteinander zusammen.	Rückführung	

8/19	Ja, genau.			
8/20	Gibt es noch etwas, wo Sie sagen, da könnte sich dieses therapeutische Angebot noch ein bisschen verbessern?			
8/20	Nein (lachen), nicht wirklich. Also es hat alles, wirklich alles, super wie ein Zahnrad ineinandergegriffen. Und das ist halt das, was ich gut fand.	KM kann keine weiteren Potenziale benennen. Gesamtes Hilfenetzwerk habe wie ein Zahnrad, ineinandergegriffen.	Potenziale des therapeutischen Angebotes aus Elternsicht	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk

Nr./Frage	Aussage	Paraphrase	Kategorie	
9/1	Wie alt bist du denn jetzt?			
9/1	15.	Ehemaliger Patient des therapeutischen Angebotes ist heute 15 Jahre alt.	Aktuelles Alter	
9/1	Und ich weiß, du warst Patient hier in diesem therapeutischen Angebot von Frau Z. Und deshalb wollte ich dich heute gern fragen, wie es dir in dieser Therapie ging. Und meine erste Frage wäre: Wie alt warst du denn damals, als du in die Therapie gegangen bist?			
9/1	Also genau weiß ich es nicht, aber ich glaube (...) mit elf, zwölf, zehn...weiß es nicht mehr genau.	Pat. ist etwa mit 10/11/12 Jahren ins therapeutische Angebot des KJF e.V. gekommen.	Alter zu Therapiebeginn	
9/2	Weshalb bist du damals hier in die Therapie gekommen?			
9/2	Äh wegen Ängsten und (...). Vor der Dunkelheit, ja.	Ängste vor der Dunkelheit mit 10/11/12 Jahren.	Therapiebedarf	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
9/3	Und wer hatte damals die Idee hier			

	zur Therapie?			
9/3	Das weiß ich nicht.	Ehemaliger Pat. kann sich an den Prozess der Therapieanbahnung nicht erinnern.	Therapieanbahnung	
9/3	Wie fandest du es denn selber, Therapie hier zu haben?			
9/3	Super (...). Weil (...) die sozusagen mir geholfen hat und (...) ja.	Pat. hat das Therapieangebot beim KJF e.V. als hilfreich empfunden.	Therapiemotivation	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
9/4	Wie lange musstest du denn damals auf die Therapie warten?			
9/4	Das weiß ich nicht ganz genau. Also wirklich jetzt.			
9/4	War das eine lange Zeit? Musstest du lange auf diese Therapie warten, bis die beginnen konnte oder ging das relativ schnell?			
9/4	Also das ging relativ schnell.	Therapieanbahnung habe in der Erinnerung des Pat. relativ schnell stattfinden können.	Wartezeit der Therapie beim KJF e.V.	Potenziale des therapeutischen Angebotes
9/5	Kannst du mir erzählen, (...) wie das damals war, weshalb du in die Wohngruppe gekommen bist?			
9/5	Ja, es war halt so, dass ich...zwischen meiner Mom und ich hatten Streit zwischen einander und das ist halt (...) und dass es nicht ausartet, haben wir uns vor allem entschlossen, dass ich in eine Wohngruppe komme. Dass das besser wird und ja.	Entscheidung zur stationären Unterbringung wegen Streitigkeiten zwischen KM und Sohn.	Lebenslage/ Grundstationärer Unterbringung	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
9/6	Und dann bist du in die Wohngruppe gekommen und wie lange hat es dann gedauert, dass du hier zur Therapie gekommen bist?			
9/6	Also ich war dann ein paar Wochen dort und dann hatte ich einen Termin, dass ich hier zur Therapie kommen soll. Und dann war ich	Auf die Aufnahme in die WG haben sich recht schnell ein Ersttermin bei der	Prozess der Therapieanbahnung	Potenzial des therapeutischen Angebotes

	dann bei der Therapie jede Woche immer.	Therapeutin und eine wöchentliche Therapie angeschlossen bei dieser.		des KJF e.V.
9/6	Ah, hattest du deinen festen Tag hier, oder wie war das?			
9/6	Ja (...), und Dienstag war das so oder Montag, glaube ich.	Wöchentlicher Therapietermin an einem festen Tag zu fester Uhrzeit	Rahmenbedingung/	
9/6	Wer hat dich denn zum Erstgespräch begleitet? Weißt du das noch?			
9/6	Nein, also ich war es alleine. Ich bin alleine mit dem Bus hierhergefahren.	Pat. habe Ersttermin bei der Therapeutin alleine ohne Begleitung wahrgenommen.	Erstgespräch bei Therapeutin	
9/7	Weißt du noch, wie oft du in die Therapie gekommen bist und wie lange so eine Therapiestunde gedauert hat?			
9/7	Also eine Therapiestunde war glaube ich eine 1 1/2 Stunde und immer dann jede Woche. Nicht zur gleichen Uhrzeit. War immer abwechselnd. War mal nach der Schule.	Pat. erinnert sich an die Dauer einer Therapiestunde von 1 1/2 Stunde. Flexible Terminierung der Therapiestunde je nach Schule.	Frequenz der Therapiestunden	Besonderheiten der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen und Familien in der Jugendhilfe
9/8	Wie geht es dir denn heute? Das heißt, was hat sich denn verändert seit Beginn der Therapie?			
9/8	Also, dass sich meine Angst im Dunkeln sehr, sehr, sehr verringert hat. (...) Ja und dass es jetzt halt viel besser Zuhause läuft als davor.	Verringerung der Ängste und Entspannung in der Mutter-Kind-Beziehung.	Therapieerfolge/Veränderungen	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
9/8	Ähm, dass wir uns gegenseitig zuhören, respektieren, uns nicht mehr anschreien (...)	Verbesserung der Streitkultur und Stärkung der Emotionsregulationsstrategien.		Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
9/9	Toll! Was hat sich denn (...) oder			

	hattest du im Vorfeld dieser Therapie hier auch schon andere Therapien?			
9/9	Ich war bei anderen Therapien (...) da haben wir das Gleiche gemacht. Also das mit meinen Ängsten und dass ich halt wieder mit meiner Mama zusammenfinde. Ähm ja.	Ambulante Therapieversuche im Vorfeld der KJHG-Therapie zur Angstreduzierung und Arbeit an der Mutter-Kind-Beziehung.	Ambulante Therapien	
9/9	Jetzt kommt eine schwere Frage, aber ich traue dir zu, dass du die beantworten kannst. Was denkst du, was unterscheidet diese Therapie bei Frau Z. von den anderen Therapien, die du gemacht hast?			
9/9	(...) (nachdenken) Wir haben halt was gemacht. Sozusagen haben uns was ausgedacht, was wir machen können. Zum Beispiel einen Gegenstand haben wir gebastelt, dass wir das dann halt (...) wenn du halt jetzt aggressiv bist, dass du dann die Fernbedienung nimmst, den roten Knopf drückst, dass du abschaltest. Und wenn es wieder okay ist, dass du dann den grünen Knopf drückst, dass es dann wieder okay ist. Ja (...).	Gemeinsame Erarbeitung von kreativen und alltagsnahen Methoden zur Emotionsregulation, die der Pat. nutzen kann.	Vergleich ambulante Therapie und Therapieangebot KJF e.V.	Besonderheiten der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
9/9	Hast du solche Dinge auch in den anderen Therapien gemacht?	Pat. erinnert sich nicht an vergleichbare Methoden aus ambulanten Therapien.		
9/9	Nein!			
9/10	Was hast du denn hier in der Therapie so gemacht? Das heißt, was war denn so Inhalt der Therapiesitzungen?		Ausgestaltung der Therapie/ Inhalte aus Patientensicht	
9/10	Wir haben Stärken (...) haben wir versucht zu malen. Also wir haben Tiere genommen und haben	Ressourcenfokussierte Arbeit in der Therapie mittels		

	unsere Stärken gemalt.	Stärkentier.		
9/10	Ja! Dann haben wir (...) was wichtig ist für mich. Dann haben wir einen Steckbrief sozusagen über mich gemacht. Sozusagen die Fernbedienung halt gemacht.	Identitätsstiftende, therapeutische Arbeit in der Entwicklungsphase vom Kind zum Jugendlichen.		
9/10	Habt ihr nur gearbeitet in der Therapie?			
9/10	Nein, wir haben auch gespielt- Brettspiele, ja.	Inhalt der Therapie: Spielen und Arbeiten.	Förderung der Grundbedürfnisse in der Therapie	
9/10	Was hat dir denn am meisten Spaß gemacht?			
9/10	Das mit den Brettspielen und dass wir ähm (...) und dass wir den Steckbrief (...) dass die Frau Z. meine Hobbies, was ich gern mache (...) ähm ja.	Brettspiel wird von Pat. als lustvoll empfunden. Arbeit in Beziehung- Einschätzung der/ Abgleich durch die Therapeutin wird vom Pat. als gewinnbringend wahrgenommen.	Therapeutische Beziehung	
9/11	Sag mal, weshalb hast du dich damals für die Therapie hier beim KJF entschieden und nicht weiter für eine ambulante Therapie wie früher?			
9/11	Hmm (...) ich weiß es nicht ganz genau, aber ich habe gesagt also ich war ja das erste Mal hier und da hat es mir sehr toll gefallen, wie ich hier aufgenommen wurde (...) und da habe ich mich sehr wohl gefühlt und da wollte ich halt hier weiter hingehen und da habe ich das dann halt der WG gesagt, dass ich das hier weitermachen möchte.	Therapiemotivation des ehemaligen Pat. wurde durch Mitbestimmungsmöglichkeit gesteigert.	Therapieentscheidung Therapiemotivation	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
9/12	Sag mal, welche Personen außer dir wurden denn noch in die Therapie eingeladen? Das bedeutet, wer aus deiner Familie wurde noch zu Frau Z. zu Gesprächen eingeladen?			

9/12	Meine Mom, mein Bruder und auch mein Erzieher in der WG, ja.	Einbezug der KM, des Bruders und des Bezugsbetreuers aus der WG in die Therapie.	BZP-Arbeit/ Elternarbeit	Bedeutung und Ausgestaltung der multiprofessionellen Zusammenarbeit im Netzwerk
9/12	Wie fandest du das, dass die auch eingeladen worden sind?			
9/12	Auch okay, dass die auch mal von denen was hören, wie es bei mir so ist und wie es ihnen so geht Zuhause mit mir.	Pat. findet den Informationsaustausch zwischen den Helfern gut.	Austausch zwischen Helfern aus Patientensicht	
9/12	Wurde das mit dir vorher abgesprochen, was erzählt werden darf und was auch vielleicht nicht erzählt werden darf?	Pat. darf entscheiden, welche Inhalte der Therapie mit BZP besprochen werden dürfen.		Qualitätssicherung und Evaluation
9/12	Ja. Ja.		Schweigepflicht	
9/13	Okay. Gab es denn auch gemeinsame Termine zwischen dir und den anderen Beteiligten- das bedeutet zwischen dir und der Mama, Dreiergespräche mit der Frau Z.?		Verknüpfung von Elternarbeit und Arbeit mit dem Kind	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
9/13	Ja, mit meiner Mom. Und das war`s.			
9/13	Gab es auch einen gemeinsamen Termin zwischen dir, deinem Kontakterzieher und der Frau Z.?	Dreiergespräche mit Therapeutin, Pat. und KM oder Kontakterzieher.		
9/13	Ja (..). Ja (...) das war glaube ich zweimal. Mit meiner Mom war es sehr oft.			
9/13	Ja, meine Mama telefoniert immer mit der Frau Z. und hat immer gesagt, wie es Zuhause läuft. Und da hat sie dann immer, wenn es gerade nicht so gerade läuft, hat sie immer Tipps gegeben, wie meine Mama das halt ändern kann. Und ja, da ich aber davon nichts weiß, hat sie das so gemacht.	Telefonische Rücksprachen zwischen Therapeutin und KM sind erfolgt während Beurlaubungen des Pat. ins Elternhaus. Alltagsnahe, therapeutische	Lebensweltorientierung Alltagsnahe Elternarbeit	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess

		Anleitung der KM im Umgang mit ihrem Sohn.		
9/14	Sag mal, wer hat denn an den Hilfeplangesprächen teilgenommen?			
9/14	Also meine Mom, ich, mein Bruder, die vom Amt (Jugendamt) und dann weiß ich nicht mehr.	KM, Bruder, ASD, Therapeutin	Teilnehmer des HPG	
9/14	War die Frau Z. auch bei den Hilfeplangesprächen dabei?			
9/14	Einmal. Also einmal war sie dabei. Ähm, ja (...).			
9/15	Durfstest du mitentscheiden, was zum Beispiel in der Therapie gemacht wird? Durftest du deine Wünsche äußern?			
9/15	Ja! Ich durfte meine Wünsche äußern, wie ich das haben möchte und was...	Pat. durfte Wünsche äußern in der Therapie.	Partizipationsmöglichkeit am therapeutischen Prozess	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
9/15	Kannst du dich da an ein Beispiel erinnern, wo du gesagt hast: das möchte ich gern anders haben oder das würde ich mir jetzt wünschen.			
9/15	Das weiß ich nicht mehr.			
9/16	Wer hat denn bestimmt, wie lange du die Therapie besuchst?			
9/16	Ich glaube, die Betreuer im KJF, sozusagen auch in der WG. Wie lange ich das machen will und auch von meiner Mom aus.	Pat., KM und Betreuer aus der WG konnten aus Sicht des Pat. Einfluss auf die Therapiedauer nehmen.	Therapiedauer	
9/16	Und du- durftest du auch bestimmen? Hättest du auch sagen können, ich möchte nicht mehr zur Therapie gehen.			
9/16	Hätte ich, aber ich habe es halt gelassen, dass ich weiter bleiben darf. Und da habe ich es halt lieber meine Mama entscheiden lassen, wie ich es möchte.	Pat. beruft sich auf Mitbestimmung der KM bei Entscheidung der Therapiedauer.		
9/16	Wie lange warst du in Therapie hier			

	bei der Frau Z.?			
9/16	Zwei Jahre.	Pat. hat therapeutisches Angebot des KJF e.V. rund 2 Jahre in Anspruch genommen.	Therapiedauer	
9/17	Und jetzt bist du ja wieder zurück zur Mama gegangen. Wie läuft denn das jetzt Zuhause?			
9/17	Also es läuft bis jetzt sehr super, außer dass (...) meine Mom wieder alleine ist und dass es jetzt gerade sehr schlecht ist, dass ich meiner Mom mit aushelfen muss. Dass ich ihr von meinen Arbeiten, wenn ich Zeitung austragen gehe, dass ich ihr etwas abgebe. Dass wir wenigstens etwas zu Essen haben und ähm (...) dass sie auch Auto fahren kann.	Pat. beschreibt eine erneute Trennung seiner KM von ihrem Partner und die dadurch entstandenen, finanziellen Engpässe.	Lebenslagen	Besonderheiten der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
9/18	Eine allerletzte Frage noch. Hättest du dir für dieses therapeutische Angebot noch was anders gewünscht? Hätte etwas verbessert werden können?		Potenziale des therapeutischen Angebotes beim KJF e.V.	
9/18	Nein, ich fand es super. Ich könnte mich nicht beschweren. Es war super. ich kann jetzt nichts dazu sagen, was man ändern kann.	Pat. kann keine weiteren Potenziale für das therapeutische Angebot benennen und reflektieren.		Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe

Nr./Frage	Aussage	Paraphrase	Kategorie	
10/1	Und da möchte ich Sie tatsächlich erst einmal fragen, wie lange war denn Ihr Sohn in dieser Therapie?			
10/1	Der M. war mindestens 2 Jahre hier in der Therapie.		Therapiedauer	
10/2	Und sagen Sie, was hat denn den M., Ihren Sohn, damals hier in die Therapie geführt?			
10/2	Der hat eine Angst- und Panikstörung entwickelt. Der hatte	Pat. habe an einer Angst- und	Therapiebedarf/	Besonderheiten der

	vor allem Angst, zu sterben, eine schlimme Krankheit zu haben (...) alles was so vor Erdbeben, also vor Naturkatastrophen.	Panikstörung gelitten.	Störungsbild	therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
10/3	Und ist diese Therapie schon abgeschlossen hier?			
10/3	Meiner Meinung nach nicht. Also hier im KJF. Frau Z. hat ja gesagt, sie würde uns auch weiterhin noch unterstützen. Und ich glaube, der M. braucht Hilfe, aber er sieht es aber selber noch nicht so.	Umfeld des Pat. sieht therapeutischen Bedarf (KM/Therapeutin). Therapiemotivation des Pat. fehlt jedoch.	Therapiemotivation	
10/3	Ja, es gibt unterschiedliche Vorstellungen. Der M. sagt: "Es ist alles okay.". Aber ich sage aber, eigentlich bräuchte er schon Therapie.		Therapiemotivation	
10/4	Was würden Sie sagen, wie es dem M. heute geht? Das heißt, was hat sich denn verändert seit Beginn der Therapie?			
10/4	Der M. schafft es wieder, in die Schule zu gehen. Das war damals nicht möglich! Der hatte Angst, in die Schule zu gehen. Dem wurde dann schlecht. Der hat dann herzfarktähnliche Symptome entwickelt- zittern, Schweißausbrüche, Herzrasen (...), war dann ganz lange krank. Da hat die Hausärztin irgendwann gesagt: "So jetzt schreibe ich keine Krankenscheine mehr.". Es sind ganz viele Tage zustande gekommen, wo der M. unentschuldig Zuhause war.	Ausgeprägter Schulabsentismus aufgrund psychischer Belastung vor der Aufnahme der Therapie.	Komplexe Therapiebedarfe/ Störungsbild	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
10/4	Er schafft es heute, wieder in die Schule zu gehen. Und das ist etwas ganz Großes! Wo man sagt, für andere Kinder ist das normal. Aber für M. ist das was ganz Großes gewesen, auch mit Bus und Bahn	Therapie im KJF e.V. habe Pat. dabei unterstützt, die Schule wieder regelmäßig zu besuchen und Bus-	Therapieerfolge	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure

	zu fahren. Ja (...).	und Bahn zu fahren.		
10/4	Ja, der M. hat nicht so ein hohes Selbstwertgefühl. Und ich finde, seitdem er hier in der Therapie ist, hat sich das auch geändert.	Aufbau des Selbstwertgefühls in der Therapie.		
10/4	Inwieweit?			
10/4	Ah, wie soll ich denn das jetzt erklären. (...) (nachdenken) Also er sagt jetzt, wann er wütend ist. Das kann er zum Beispiel jetzt sagen. Das konnte er damals nicht so in Worte fassen und hat damals so eine ganz krasse Art gehabt. Er macht halt dann Sachen kaputt.	Pat. habe sich deutlich verbessert in seiner Emotionswahrnehmung und -äußerung. Sei Grundlage für eine verbesserte Emotionsregulation.	Therapieerfolg/ Veränderungen	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
10/4	Und das ist nicht mehr so da?			
10/4	Das ist nicht mehr ganz so schlimm da. Es ist schon noch da, dass er mal kurz austickt. Aber es ist nicht mehr so schlimm, wie das mal war.	Symptomverringern, Abbau aggressiven Verhaltens und Aufbau von Emotionsäußerung		Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
10/4	Hat sich noch etwas verändert? Vielleicht zwischen Ihnen und dem M. seither- Ihre Beziehung?			
10/4	Also das Innige ist geblieben, aber ich habe wieder mal ein bisschen mehr Freiräume, wo ich mal Zeit habe, für mich was zu machen seitdem er in der WG ist. Und der M. kann sich auch anders entfalten. Er ist ja da mit anderen Jugendlichen zusammen und ich denke, das tut dem M. ganz gut.	Chancen stationärer Hilfe: Entlastung des Familiensystems, Schaffung von Entwicklungsräumen und direkter Abgleich des jungen Menschen mit anderen Jugendlichen in der WG	Chancen stationärer Hilfe	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
10/5	Sagen Sie, wer hatte damals die Idee zur Therapie? Das heißt, wer hat Ihren Sohn in die Therapie gebracht?			
10/5	Das war ich, würde ich sagen.	Idee zur Therapie durch die KM.	Therapieidee	
10/5	Wie kam das zustande? Können Sie mir darüber erzählen? Wie kam diese Therapie beim KJF hier zustande?			
10/5	Ähm, der M. hatte im Kindergarten schon Probleme. Also das ging	Symptomatik bestehe aus Sicht	Lebenslagen/	Besonderheiten

	<p>schon im Kindergarten los. Der konnte sich ganz schwer auf andere Kinder einstellen und auf verschiedene Situationen. Dann ist er in die Schule gekommen und da hieß es nur: "Der M. ist faul.". Wir haben aber auch ganz viele, schlimme Sachen zusammen erlebt, ja. So familiäre Sachen. Die Scheidung war für M. nicht einfach. Mein Exmann hatte mit meiner mittelsten Tochter ein sexuelles Verhältnis (...). Das spielte da alles mit rein, was der M. wirklich alles mitgekriegt hat. Auch die Drogenprobleme von meiner mittelsten Tochter. Da habe ich gedacht, die wird keine 18 Jahre alt. Die hat ja alles konsumiert, was ging. Da hab ich den M. teilweise zu meinen Eltern bringen müssen. Ich konnte den nicht Zuhause (...) also wenn meine mittelste Tochter da war und der M. war da (...) ich hatte immer Angst, dass meine Tochter was einstecken hat und der M. nimmt dann was. Das war eine ganz schwere Zeit und die war dann manchmal auch ausfällig dem M. gegenüber. Und das sind Sachen, die den M. halt geprägt haben. Und durch das Viele konnte er sich dann in der Grundschule nicht so gut konzentrieren und dann wurde er immer abgestempelt als faul. Da habe ich aber immer gesagt: "Nein, der M. hat was.". Und dann bin ich zum Jugendamt und hab mir im Bezug auf M. (...), ich hatte ja schon Familienhilfe bei meiner Tochter, und hab gefragt, ob wir M. da nicht noch anbinden könnten. Da war er die ganze Zeit in der Familienhilfe mit drin.</p>	<p>der KM seit dem Kindergartenalter.</p> <p>Komplexe Lebenslage der Familie: Scheidung der KE, sexuelles Verhältnis zwischen Exmann und mittelster Tochter, Drogenkonsum mittelster Tochter, Beschimpfungen des Pat. und der KM durch die mittelste Tochter</p> <p>Ängste der KM und Bemühungen der KM, ihren Sohn zu schützen. Initiierung einer ambulanten Hilfe für den Pat. durch die KM.</p> <p>Konzentrationsbeeinträchtigung des Sohnes durch schwierige Lebensumstände. Interpretation der Schule: „M. ist faul.“.</p>	<p>Komplexe Hilfebedarfe</p> <p>Traumatische Erfahrungen im Familiensystem</p>	<p>therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>
10/5	<p>Er hatte am Anfang die Frau S. und die Frau M.. Die war dann aber am Anfang für die Tochter zuständig.</p>	<p>Ambulante Hilfen durch das KJF haben nicht ausgereicht.</p>	<p>Grenzen ambulanten Hilfemaßnahmen</p>	

			men	
10/5	Das sind Familienhelfer. Und dann ist er ja in die Wohngruppe gekommen. Man hat gesagt, man trennt uns erstmal, damit sich jeder in eine andere Richtung wieder weiterentwickeln kann und dass wir dann wieder zusammenkommen.	Ambulante Hilfe wurde durch stationäre Hilfe für den Sohn abgelöst. Rückführung zur Mutter wurde als Fernziel formuliert.	Stationäre Aufnahme mit Rückführungs idee	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
10/5	Ja, das war das Fernziel, was dann aber auch gescheitert ist, weil ich überfordert war mit seinem Verhalten. Er kann nichts dafür, aber wie gesagt, da steckt auch eine seelische Erkrankung dahinter und natürlich die vererbten, narzisstischen Anteile vom Vater.	Rückführung ist wegen Überforderung der KM und komplexer Hilfebedarfe des Sohnes gescheitert. Narzisstischer KV	Lebenslagen	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
10/6	Und so war es dann (...). Habe ich das richtig verstanden, dass Sie dann gesagt haben: Mensch da gibt es doch ein therapeutisches Angebot. Warum geht mein Sohn nicht dahin. Oder wie war das dann?			
10/6	Die Helfer haben gesagt: wäre vielleicht gut, wenn die Frau Z. (Therapeutin) ...wir haben da jemanden mit im Haus... wäre vielleicht gut, wenn die sich das mit anguckt...und ob ich damit einverstanden wäre. Und da hab ich gesagt: ja, ich nehme jede Hilfe, die ich bekommen kann, nehme ich natürlich an.	Therapeutische Hilfeanbahnung mittels Empfehlung durch die pädagogischen Kollegen des KJF e.V.	Hilfeanbahnung der therapeutischen Hilfe des KJF e.V.	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
10/7	Wie lange hat das gedauert, bis das Therapieangebot dann installiert wurde. Das heißt, wie (unterbrochen worden) .			
10/7	Das ging relativ schnell! Wenn ich jetzt eine ambulante Therapie gesucht hätte, dann hätte ich bestimmt mit Suchen und bis zum Termin bis über einem Jahr mindestens gerechnet. Und hier ging das alles etwas schneller.	Therapieanbindung beim KJF e.V. erfolgt deutlich schneller und unkomplizierter als bei einem ambulanten Therapeuten.	Wartezeit für Therapieangebot beim KJF e.V. Vergleich zu ambulanter Therapieanbi	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie

			ndung	
10/7	Können Sie mir ungefähr sagen, wie schnell das alles ging- von der ersten Nachricht der Familienhelferin "Mensch Frau S., haben Sie nicht Interesse?" bis hin zu "M. ist in der Therapie."			
10/7	Ungefähr ein Jahr. Also nicht ganz ein Jahr. Wie soll ich denn das jetzt sagen. (...) Ich weiß es nicht mehr so genau. Aber es ging relativ schnell!	KM kann den Zeitraum der Wartezeit nicht mehr genau erinnern.		
10/7	Ich erinnere mich nicht mehr so genau. Ich weiß noch, dass der M. vorher noch im Krankenhaus war- auf der psychosomatischen Station. Und da hat man noch einmal eine Diagnose gestellt (...). Und dann wurde der hier direkt bei der Frau Z. angebunden.	Unmittelbarer Übergang von stationärer Therapie in eine ambulante Therapie wurde ermöglicht beim KJF e.V.	Deckung akuter therapeutischer Bedarfe	
10/7	Das ist bei mir das Problem, weil bei mir zu viel in den ganzen letzten Jahren... ich sag mal von 2012... da ist so viel passiert, dass ich Probleme habe, das manchmal so zeitlich einzugrenzen/ einzuordnen.	Zeitliche Einordnung von Ereignissen fällt KM schwer.	Psychische Symptomatiken bei Familienmitgliedern	
10/8	Das ist überhaupt nicht schlimm. Wir machen das hier so, wie es geht. Alles gut. (...) Da wäre die Frage: Gab es denn im Vorfeld schon Therapieversuche? Sie hatten gerade von der Klinik gesprochen. Gab es andere Therapieversuche bei einer ambulanten Therapeutin oder einem ambulanten Therapeuten?			
10/8	Ja, also wir hatten ja versucht wegen einem ADHS. Und da hieß es aber, der M. ist noch zu klein. Da ging der noch nicht in die Schule. Die hat gesagt, der muss erst Gefühle äußern und einordnen können, dass man auch so eine Diagnose in Richtung ADHS halt stellen kann.	Therapieanbindung wegen zu geringem Alter des Pat. im Kindergartenalter gescheitert.	Nutzung ambulante Therapieangebote	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
10/8	Das bedeutet, es gab außer der Klinik keine Therapieversuche			

	vorher?			
10/8	Nein!	Keine ambulante Therapie im Vorfeld der Therapie beim KJF, nur stationärer Aufenthalt auf psychosomatischer Station	Klinikerfahrung	
10/9	Was denken Sie, inwieweit unterscheidet sich das Therapieangebot vom KJF von einem herkömmlichen therapeutischen Angebot draußen? Was denken Sie, was unterscheidet dieses Angebot hier?			
10/9	Also ich finde das hier persönlicher und dass auf die Kinder auch wirklich eingegangen wird. Nicht dass da jemand dasitzt mit Stift und Zettel und fragt: "Na wie geht es dir heute?". Sondern dass man da auch mal in die Tiefe geht und fragt: "Was ist denn da passiert?". Viele wollen ja nur von jetzt die Situation wissen und hinterfragen gar nicht, was ist denn vorher überhaupt abgelaufen und dich finde immer, dass das ganz wichtig ist, dass man die Vergangenheit kennt, um die Zukunft und das, was gerade ist, dass man das auch verstehen kann. (...)	KM empfindet Therapie beim KJF „persönlicher“ und tiefergreifender. In der Therapie wird sich um ein ganzheitliches Bild und um tiefergehendes Fallverständnis bemüht.	Vergleich ambulanter Therapie und Therapie des KJF e.V. Chancen der Therapie beim KJF e.V.	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
10/9	Gibt es denn sonst noch Unterschiede- zum Beispiel im zeitlichen Rahmen? Eine Therapiestunde ist ja auch begrenzt. Wie ist das hier?			
10/9	Hier war das einmal in der Woche und das finde ich richtig gut. Denn man kann zu dem Therapeuten eine enge Bindung aufbauen und das schafft nämlich Vertrauen. Wenn das nur einmal in 14 Tagen ist, dann ist das schon wieder ganz weit weg. Und man hat auch die Möglichkeit, intensiv an den Sachen zu arbeiten.	Wöchentliche Therapietermine werden als grundlegend zum Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung und zur intensiven Auseinandersetzung mit Therapiethemen gesehen.	Einflussparameter auf Entwicklung einer guten Arbeitsbeziehung	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie

10/9	Liegt diese Intensivität am zeitlichen Rahmen, an der Person? Was würden Sie sagen?			
10/9	Ich würde sagen, es ist beides! Ich würde wirklich sagen, dass es beides ist. Denn wenn ich jemanden von Anfang an sehr unsympathisch finde...das gibt es nun einmal...dass man sagt: oh die Person ist mir so unangenehm, ich kann mit der nicht...ich glaube, dass solche Sachen schon eine große Rolle spielen. Und natürlich auch die Zeit. Ich glaube, man kann das gar nicht so...das ist die Zeit, das ist die Person....man muss das im Gesamten sehen!	Sympathie als Einflussparameter zur Entwicklung einer guten und vertrauensvollen Arbeitsbeziehung	Einflussparameter auf Entwicklung einer guten Arbeitsbeziehung	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
10/10	Weshalb haben Sie sich für eine Therapie beim KJF entschieden und nicht für eine ambulante Therapie draußen für den M.? Sie hatten ja auch die Möglichkeit, zu sagen, wir binden den M. bei einer ambulanten Therapie an.			
10/10	Ja, aber das wollte ich nicht! Ich kannte die Frau S. und da hatte ich ja schon übelst Vertrauen und wenn die sagt, die Frau Z. (Therapeutin), die ist gut. Ich habe der Frau S. (Familienhelferin) in dieser Hinsicht vertraut. Und habe gedacht, wir gucken uns das mal an. Und wenn das nicht funktioniert, dann kann man ja immer noch sagen: "Ich möchte etwas Anderes."	Therapieanbindung ist auf Grundlage positiver Erfahrungsberichte und auf Empfehlung durch die Familienhelferin des KJF e.V. erfolgt. Vernetzung schafft Vertrauen.	Hilfeanbahnung und Therapieentscheidung Vernetzung im Verein	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
10/11	In welchem Alter war der M., als er hier in die Therapie gekommen ist?			
10/11	Da war der M. ungefähr elf Jahre, elf oder zwölf Jahre alt.	Alter zu Beginn der Therapie bei 11/12 Jahren.	Zielgruppe/Alter	
10/11	Wie alt ist Ihr Sohn heute?			
10/11	Er ist vierzehn.	Heute ist der Pat. 14 Jahre alt.		
10/11	Der ist vierzehn...ah okay. Also zwei Jahre hat die Therapie gedauert?	Therapiedauer beim KJF e.V. betrug etwa 2 Jahre	Therapiedauer	
10/11	Ja.			

10/12	Sagen Sie, wie oft kam der M. in die Therapie und welchen zeitlichen Rahmen umfasst so eine Therapiestunde?			
10/12	Also der war wöchentlich für eine Stunde bei der Frau Z. bestellt. Hat es aber manchmal nicht geschafft, hierher zu kommen. (...) Wo ich mich geärgert habe und die Frau Z. sich natürlich auch geärgert hat. (...) Weil ich finde es für den M.oder habe es für den M. immer ganz wichtig empfunden, dass der hierher geht und regelmäßig hierher geht, um seine Sachen REGELMÄßIG aufarbeiten zu können und zu verarbeiten. Aber er hat es manchmal nicht so genutzt.	Therapiemotivation des Kindes wird von der KM als geringer eingeschätzt, sodass Therapietermine teilweise nicht genutzt worden sind. Umgang der Therapeutin mit geringer Therapiemotivation und Ausfällen.	Frequenz der Therapiestunden und zeitlicher Rahmen Anforderung an die Therapeutin	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
10/12	Und was ist dann passiert, wenn er es nicht in Anspruch genommen hat? Bei einer ambulanten Therapeutin beispielsweise gibt es auch Ausfallhonorare. Gibt es das hier auch?			
10/12	Nein, das gab es hier nicht. Und die Frau Z. hat ihm immer wieder die Möglichkeit eingeräumt, (...) dass er immer wieder einen neuen Termin wahrnehmen konnte. Und das fand ich schön, dass sie da auch so Verständnis hatte.	Anforderung an die Therapeutin, eine gute Abstimmung zwischen orientierungsgebendem und verständnisvollem Verhalten ggü. Pat. zu zeigen.	Ausfallhonorar Anforderung an die Therapeutin	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
10/13	Wie wurden Sie denn im Rahmen der Bezugspersonenarbeit in die Therapie Ihres Sohnes eingebunden?			
10/13	Also ich fand das schön, dass wir hier zusammen wie eine Familientherapie machen konnten. Dass da die Möglichkeit bestanden hat. Denn ich habe ja auch ... ich habe zum Beispiel eine komplexe, posttraumatische Belastungsstörung. Und für mich war das total wichtig, dass ich auch	Therapieangebot des KJF e.V. wurde als familientherapeutisch orientiert wahrgenommen durch hohen Einbezug der KM in den therapeutischen	BZP-/ Elternarbeit Psychische Erkrankung eines Elternteils	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess

	eine Bezugsperson habe. Und nicht nur der M. soll ja an sich arbeiten, denn ich möchte, dass wir uns gegenseitig unterstützen.	Prozess des Sohnes. Therapeutin muss eine gute Abstimmung zwischen Einbezug der KM und Beibehaltung des Vertrauens zum Pat. finden.	Anforderung an die Therapeutin	
10/13	Wie wurden Sie eingebunden. Das heißt, Sie hatten vorhin von wöchentlichen Treffen, wöchentlichen Bezugspersonenstunden hier gesprochen (fragend)?			
10/13	Ja. Also den ersten Termin hatte ich mit M.. Und dann habe ich gefragt, ob ich mit der Frau Z. (Therapeutin) auch mal alleine herkommen könnte. Denn ich wollte nicht, dass der M. noch einmal alles so mithört. Und mir war das ganz wichtig, erstmal nochmal zu erzählen, warum wir hier sind. Warum wir überhaupt Familienhilfe haben. Ich hatte auch ganz viel Redebedarf und war auch selbst ganz sehr fertig und kaputt (...) erschöpft!	Therapeutischer Hilfebedarf nicht nur beim Pat. sondern auch bei der KM. Möglichkeit einer engen Einbindung und intensiven Elternarbeit. KM hatte eigene Therapie zu diesem Zeitpunkt.	Komplexer Hilfebedarf Elternarbeit	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
10/13	Dann haben Sie die Möglichkeit bekommen, hier auch in eine intensive Arbeit eingebunden zu werden?			
10/13	Ja. Und im Gegensatz zu M. habe ich meine Termine immer pünktlich wahrgenommen (betonend und lachend). Ja, ich wollte was und ich wollte das für uns beide, für M. und mich.	Hohe Mitwirkungsbereitschaft der KM im Fall.	Mitwirkungsbereitschaft der BZP	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
10/14	Und sagen Sie, wer aus dem Bezugssystem von M. und Ihnen wurde noch in die Therapie einbezogen? (...) Wer wurde noch einbezogen? Es gibt ja manchmal Väter, die noch einbezogen werden, es kann die Wohngruppe			

	sein, die hier auch mal eingeladen wird. Wer wurde alles einbezogen?			
10/14	Die Wochengruppe wurde also ein Betreuer von der Wochengruppe wurde eingeladen.	Einbindung des Bezugsbetreuers aus der WG in die Therapie durch die Therapeutin.	Netzwerkarbeit und BZP-Arbeit	Bedeutung und Ausgestaltung der multiprofessionellen Zusammenarbeit im Netzwerk
10/14	Wochengruppe bedeutet von Montag bis Freitag und am Wochenende war M. bei Ihnen?	Stationäre Unterbringung der Kinder nur von Montag bis Freitag.	Konzept der Wochen-WG	
10/14	Ja! Und jetzt ist er ja direkt in einer WG, wo er halt nur noch aller 14 Tage nach Hause kommt. Und die Betreuer werden dort auch informiert bzw. sind informiert. Und ich würde mir wünschen, dass die das bisschen ernster nehmen die ganze Sache. Und das nicht so: "Ja, wir haben das auch schon gemerkt.", aber dann ist das wieder Ich würde mir für den M. wünschen, dass wir da zusammenarbeiten können.	Pat. ist nun in einer WG außerhalb des KJF e.V. untergebracht. KM wünscht sich mehr Zusammenarbeit und Austausch mit der jetzigen WG.	Austausch als Chance	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
10/14	Ah. Ist diese Wohngruppe, in der Ihr Sohn M. jetzt lebt auch vom KJF?			
10/14	Nein.			
10/14	Und was würden Sie sich wünschen ganz genau?			
10/14	Also der M. bräuchte meiner Meinung nach eine Psychotherapie.	Therapiebedarf wird mehr durch die KM und weniger durch die WG und den jungen Menschen wahrgenommen.	Spannungsfeld	
10/14	Naja man sieht das so: "Das ist die Pubertät, Kinder testen aus.". Und ich glaube, dass die den M.er kann halt auch gut manipulieren und sagt, dass es ihm gut geht. Und ich merke aber (...) weil ich wieder zu ihm so ein enges Verhältnis habe, dass es ihm manchmal nicht	Ängste und auffälliges Verhalten des Sohnes werde von der WG und vom Pat. selbst bagatellisiert und nicht ernst genommen aus Sicht		

	so gut geht. Also ich mache mir auch immer Sorgen.	der KM.		
10/14	Ja! JA! "Ach dem geht es doch jetzt gut." oder "Er geht doch jetzt in die Schule.". Aber ich glaube, das ist noch nicht alles. Das ist ein großer Schritt, aber ich glaube nicht, dass es das ist, was an Therapie....da bräuchte der halt ein bisschen mehr meiner Meinung nach. Und die andere Seite ist, er ist ja auch ein Patient und wenn ich sage "Ich bin krank, ich habe etwas.", dann muss ich mir das ja selbst erstmal eingestehen. Und ich glaube, der M. ist da noch nicht so weit oder kann das selber auch gar nicht so einschätzen, dass er Hilfe braucht.	KM geht davon aus, dass ihr Sohn noch keine ausreichende Änderungsmotivation und Mitwirkungsbereitschaft für einen erneuten Therapieversuch hätte.		
10/14	Ah okay. Ich habe verstanden, Sie würden diese Hilfe gern weiterführen lassen...auch hier gerne?			
10/14	Ja.			
10/14	Und der M. sagt aber "Ich brauche das nicht mehr!".			
10/14	(unterbricht) Das liegt aber an der WG, weil die sagen: "Das ist die Pubertät und das wird schon wieder.". Also dass man mal ein bisschen mehr auf die Kinder sieht.	KM fehlt die Motivation des Sohnes durch die WG für eine weitere Therapieanbindung.	Spannungsfeld	
10/15	Was denken Sie, wie schätzen Sie die Notwendigkeit der Arbeit in Netzwerken für M.'s Therapieerfolg ein?			
10/15	Das muss ja alles gerecht aufgeteilt werden. Da würde ich jetzt sagen, das Netzwerk....der M. muss seinen Teil auch dazu beitragen und ich bin auch in der Verantwortung, zu sagen: "M. du brauchst eine Therapie, weil es dir dann einfach auch besser geht.". Und dann landen wir bei den zehn. Verstehen Sie?	In einem Netzwerk muss die Verantwortung für die Zielerreichung gerecht aufgeteilt werden, sodass alle Akteure gleichermaßen mitwirken müssen. Auch hinsichtlich der Therapiemotivation ist Netzwerkarbeit hilfreich.	Verständnis und Bedeutung von Netzwerkarbeit Therapiemotivation	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess

10/15	Ja. Es ist sehr hilfreich, wenn ein Netzwerk besteht. Jeder Mensch hat Erfahrungen auf seinem Gebiet. Jeder Mensch bringt andere Meinungen ein. Jeder Mensch hat andere Werte, wo man wieder profitieren kann, wo man auch wieder voneinander lernt. Also ich finde, so ein Netzwerk ist total wichtig! Und damit jeder so für die Stelle zuständig ist. Wir hatten ja bisher immer ein großes Netzwerk. Das war der Herr B. (ASD-Mitarbeiter), KJF, die Frau Z. (Therapeutin), die Wochengruppe (...)	KM bemisst Netzwerkarbeit eine hohe Bedeutung bei. In einem Netzwerk bringe jeder Mensch seine Perspektive ein und ist zuständig für sein Ressort.	Verständnis von Netzwerkarbeit	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
10/15	Herr B. war der Jugendamtsmitarbeiter?			
10/15	Das war der Jugendamtsmitarbeiter. Ohne ihn hätte das ja gar nicht funktioniert. Man muss das ja erstmal beantragen, man muss da vorsprechen und ich glaube, wenn kein Netzwerk ist, dann wird es schwierig. Dann erreicht man so gut wie (...) nichts. Und deshalb finde ich Netzwerkarbeit unheimlich wichtig!	ASD ist Auftraggeber und koordiniert und bewilligt die therapeutische Hilfe. Ohne Netzwerkarbeit erreiche man aus Sicht der KM so gut wie nichts.	ASD als Auftraggeber Bedeutung von Netzwerkarbeit	Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team
10/16	Wie erfolgte denn die Zusammenarbeit zwischen Ihnen, der Therapeutin, der Wohngruppe und dem Jugendamt? Das heißt, wer wurde zum Beispiel in die Hilfeplangespräche einbezogen?			
10/16	Ich habe da immer alle einbezogen. Also bei uns war es eine richtig große Runde! Zum Hilfeplan war immer dabei: der Herr B. (Jugendamt), die Frau F. und der Herr A. (Familienhelfer) von hier.... Die Frau Z. als Therapeutin, dann die Betreuer von der Wochengruppe waren damals dabei und ich und der M.. Den hätte ich jetzt ganz vergessen. Also bei uns war immer zum Hilfeplan, so dass wir immer alle	Große Runde im HPG bestehend aus: ASD, Fachkräfte aus dem ambulanten Bereich, Therapeutin des Heimverbundes, Bezugsbetreuer der Wochengruppe, KM und Patient selbst	Netzwerkarbeit Teilnehmer HPG	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk

	zusammensaßen.			
10/16	Und ich muss sagen, die Hilfepläne waren immer gut. Und ich habe mir auch immer im Vorfeld schon meine Ziele überlegt. An was ich als nächsten Schritt arbeiten möchte.	Km schätzt eigene Partizipationsmöglichkeiten an der Hilfeplanung als groß ein. Zielformulierung auch für KM.	Partizipation im Hilfeplanprozess	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
10/16	Ja, also ich habe mich dort nie ausgegrenzt gefühlt oder übergangen gefühlt. Es wurde wirklich auf die Wünsche von M. und mir eingegangen. Und ich fand es immer sehr schön, dass das Kind mit einbezogen wurde. Denn es geht ja um ihn. Es wäre für mich doof, wenn der M. nicht dabei gewesen wäre und man hätte alles so über M. seinen Kopf entschieden. Das ist ganz, ganz wichtig (...) also mir persönlich war das immer sehr wichtig.	KM hat sich selbst und ihren Sohn sehr gut in die Hilfeplanung einbezogen gefühlt.	Empowerment des Pat. und der Familie in der Hilfeplanung	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
10/17	Daran schließt sich eigentlich meine Frage an, die ganz gut dazu passt. Nämlich inwieweit fühlten Sie sich als Mama in Hinblick auf M. 's Perspektiven denn gut einbezogen in den Therapieprozess?			
10/17	Ja, richtig gut (betonend)! Es hat mich gestärkt. Es hat mir Mut gemacht, weiterzumachen. Es hat mir neue Möglichkeiten eröffnet, wie ich mein Verhalten selber ändern kann, damit es dem Kind gut geht. Damit meine ich, wenn es mir schlecht ging und ich so Momente hatte, wo ich dachte "Oh, es geht nicht. Ich bekomme das nicht hin.", dann habe ich das sofort am Verhalten von M. gemerkt. Die Mutti ist schwach, der wird dann so unsicher und das spiegelt sich im Verhalten vom Kind wider. Und da habe ich immer ganz genau auf mich geachtet, was ich in welcher Situation mache und wie ich den M. dazu animiere, sich	Elternarbeit habe: KM gestärkt, Mut gemacht zum Weitermachen, Zusammenhänge zwischen Elternverhalten und Verhalten des Kindes deutlich gemacht, Ermutigung zur elterlichen Psychohygiene Im Rahmen der Psychoedukation und Familienhilfe	Elternarbeit im Rahmen der Therapie Chancen der multiprofessionellen Vernetzung von Hilfen	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess

	so zu verhalten. (...) Es liegt ja nicht nur an dem Kind, man tut ja selber (...) wie soll ich sagen? Wenn man dasitzt und man hat Angst, man gibt die Angst dem Kind weiter.	konnte gutes Verständnis zu aufrechterhaltenden Bedingungen für Problemverhalten aufgebaut werden.		
10/17	Wo haben Sie all diese Dinge gelernt?			
10/17	Also ich habe ganz viel gelesen, ich habe das Seminar gemacht "Starke Eltern, starke Kinder", ich habe mit den Familienbetreuern wirklich sehr eng zusammengearbeitet. Und wenn ich nicht mehr weiterwusste, dann habe ich immer an der Stelle angerufen.	Hohe Mitwirkungsbereitschaft der KM im Fall. Starke Eltern, starke Kinder als präventive Maßnahme.	Präventionsmaßnahmen	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
10/18	Wie eng war die Zusammenarbeit zwischen den Familienhelfern und der Therapeutin?			
10/18	Sehr eng! Man hat sich... also ich weiß, dass die Frau Z. und die Familienhelfer ausgetauscht haben.	Enger Austausch zwischen Therapeutin und ambulanten Helfern im Rahmen der BZP-Gespräche	Multiprofessionelle Zusammenarbeit	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
10/18	Im Rahmen von Bezugspersonengesprächen?			
10/18	Ja! Und auch so. Wenn die bei mir waren, dann haben die mit der Frau Z. nochmal geredet. Die haben ja die pädagogische Sicht drauf. Und die Frau Z. hat ja die psychologische Sicht. Und wenn man das verbindet, dann entsteht was ganz Tolles. Wenn man aber eben nur das Pädagogische hat, dann funktioniert es nicht. Und wenn man nur das Psychologische hat, dann funktioniert es auch nicht.	Bei der Kopplung von pädagogischer Sicht und psychologischer entsteht was ganz Tolles. Gleichwertigkeit der Professionen.	Bedeutung von Multiprofessionalität	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
10/18	Ja. Und ich glaube, das hat auch alles so gut funktioniert.... muss ich jetzt wirklich sagen... ich habe mich immer bemüht. (...) Es nützt ja	KM sieht Erfolge in der Zielerreichung vor allem durch eigenen gute	Mitwirkungsbereitschaft der Eltern	Einbindung der jungen Menschen und Familien

	nichts, wenn jetzt ein Familienbetreuer kommt und man sagt "Der schon wieder. Oh ich habe gar keinen Bock. Wer weiß, was der jetzt schon wieder will.". Nein, ich wollte ja auch!	Mitwirkungsbereitschaft begründet.		in den Hilfeprozess
10/19	Ähm (...) wie wurden Sie denn in die Auswertung der Therapie eingebunden? Durften Sie zum Beispiel Wünsche auch äußern, was Sie sich für die Therapie noch wünschen würden und wurden Sie dann auch gehört?			
10/19	Ja, auf jeden Fall. Ich habe selten Wünsche geäußert, weil ich mit dem Ganzen, wie es gelaufen ist, war ich total zufrieden (betonend)! Wirklich zu 100 Prozent. Die haben sich alle Mühe gegeben.	KM hat nur selten Wünsche für die Therapie geäußert, weil sie sehr zufrieden mit der Therapie war.	Evaluation Partizipation	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
10/19	Was bedeutet das- wer hat sich Mühe gegeben?			
10/19	Alle! Die Frau Z. (Therapeutin), die Familienbetreuung, ich, der M.. Und von daher konnte da auch so eine gute Zusammenarbeit stattfinden	In einem Netzwerk braucht es die Mitwirkung aller Beteiligten.	Netzwerk und Mitwirkungsbereitschaft	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
10/19	Sonst wird auch kein Netzwerk funktionieren. Sonst würde auch keine Familie funktionieren. Ist ja auch wie ein kleines Netzwerk.	Familie als kleines Netzwerk	Verständnis von Netzwerk	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
10/20	Sagen Sie, ist eine Rückführung Ihres Sohnes denn geplant in Ihren elterlichen Haushalt?			
10/20	Nein. Für uns stand fest, wenn der M. in eine WG kommt, dann bleibt er bis 18 auch dort. Natürlich hätte ich die Möglichkeit, den M. jederzeit wieder zu mir zurückzuholen. (...) Das ist zwar ein Wunsch, aber das ist nicht realistisch in meinen Augen. Denn die Realität sieht anders aus. Ich bin mit dem M. einfach (...) wie soll ich das sagen?	Rückführung in den elterlichen Haushalt wird nicht immer angestrebt und nicht als Maßstab für „Erfolg“ gesehen. KM schätzt ihre erzieherischen und	Rückführung	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure

	...ich bin überfordert und der M. braucht ganz andere Sachen, die ich ihm nicht so bieten kann. Ich bin eben nicht so konsequent. Es ist zwar was, an dem ich ganz sehr arbeite, aber mir fehlt das ganz sehr. Aber das ist eben genau das, was der M. braucht. Da er so manipulativ ist, braucht er diese liebevolle, konsequente Erziehung. (...) Und das kann ich dem M., weil ich habe ganz viele andere Werte, aber das fehlt mir halt leider.	psychischen Ressourcen als nicht ausreichend ein für eine Rückführung ihres Sohnes.		
10/20	Okay, aber Sie haben viel daran gearbeitet, so wie ich das vorhin gehört habe.			
10/20	Ja! Aber es macht auch traurig. Aber auf der anderen Seite sage ich, "Es ist aber auch gut, so wie es jetzt ist!". Dass der M. sich gut entwickeln kann und dass ich aus der Überforderung rauskomme. Wenn man nämlich nicht so überfordert ist und nicht so erschöpft ist, kann man nämlich die Wochenenden ganz anders gestalten und genießen.	Neben Verständnis auch Traurigkeit über voraussichtlichen Verbleib des Sohnes in der WG.	Verbleib in WG bis 18.LJ.	Effekte der therapeutischen Sicht aus subjektiver Sicht aller Akteure
10/21	Verstehe ich das richtig- das therapeutische Angebot von Ihrem Sohn M. hat geendet mit dem Auszug aus der Wochengruppe des KJF?	Therapeutisches Angebot für Pat. und seine BZP ist an stationäre Unterbringung beim KJF e.V. gekoppelt.		
10/21	Ja, richtig.			
10/21	Auch Ihre Bezugspersonenstunden haben geendet damit?			
10/21	Ja.			
10/22	Hätten Sie noch Verbesserungsvorschläge für dieses therapeutische Angebot beim KJF? Gibt es etwas, was Sie sich noch gewünscht hätten für die Therapie Ihres Sohnes?			Hindernisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
10/22	Nein, da gibt es leider gar nichts. Ich war wirklich voll zufrieden, wie das hier gelaufen ist.	KM sieht keine weiteren Potenziale des therapeutischen Angebotes.	Potenziale des therapeutischen Angebotes	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe

			des KJF e.V.	
10/22	Wie sieht das jetzt mit der Nachbetreuung aus- hätten Sie sich eine Nachbetreuung gewünscht? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum?		Nachbetreuung	
10/22	Ich hatte heute einen Termin bei Frau Z.. Es ist wie ein Nachbetreuungstermin.	KM nimmt nach Beendigung der Therapie beim KJF e.V. noch Gesprächstermin wahr.	Beratungsgutscheine	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
10/22	Sie als Bezugsperson?			
10/22	Ja, ich als Bezugsperson. Und ich bin der Frau Z. da ganz sehr dankbar, dass die immer ein offenes Ohr für mich hat, dass die mich auffängt, wenn es mir wieder mal nicht so gut geht und ansonsten bin ich total motiviert, das Beste aus meinem Leben zu machen und nicht den Kopf in den Sand zu stecken, sondern nach vorn zu blicken.	Therapeutin ist Ansprechpartnerin für KM. Im Rahmen der Therapie ist eine enge und vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen Therapeutin und KM entstanden.	Arbeitsbeziehung	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
10/22	Da ging es darum, dass der M. halt mit der Brust Probleme hat und eine Brustdrüsenvergrößerung hat. Und das hat mich so beschäftigt. Und mich beschäftigen deshalb so Alpträume. Und das war das, was ich der Frau Z. heute mal....	KM hat Beratungsgutschein für Beratung bzgl. der physiologischen Symptomatik beim Sohn genutzt.		
10/22	Sie haben sich bei Frau Z. gemeldet und haben gesagt: "Ich brauche noch einmal ein Gespräch!"?			
10/22	Ich habe angerufen und die Frau Z. hat mir dann zurückgeschrieben: 13Uhr am Dienstag. Und da habe ich mich richtig sehr gefreut.	Kleine Nachbetreuung im Sinne der Beratungsgutscheine für Pat. und Eltern zu Abschluss der Therapie	Flexibilität bei der Terminierung eines Elterngesprächs	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe

Nr./Frage	Aussage	Paraphrase	Kategorie	
11/1	Ich weiß, du bist Patient hier bei			

	Frau Z. und ich möchte dich tatsächlich fragen, wie du damals zur Therapie gekommen bist. Warum bist du denn zur Therapie gekommen? Weißt du das noch?			
11/1	Das ist sehr, sehr lange her. Auf jeden Fall...ich war sehr ängstlich auf jeden Fall und ich glaube... weil ich Angst hatte. Und ich hatte auch immer...damals war ich auch schüchtern. Ich war auch schüchtern gegenüber der Frau Z.. Heute bin ich ganz anders.	Therapie wegen Ängstlichkeit und ausgeprägter Schüchternheit (sozialer Unsicherheit). Pat. ist heute sicherer in sozialen Kontakten.	Therapiebedarf/ Symptomatik Veränderung	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
11/1	Wovor hattest du denn damals Angst, als du gekommen bist?			
11/1	Vor Vielem. Also auch vor Schule, vor Neuem, vor Allem kann man sagen, außer vor meinen Eltern.	Symptomatik habe Ängste vor Schule, Neuem und Weiterem inkludiert.	Therapiebedarf/ Symptomatik	
11/1	Und wie hat sich das geäußert? Bist du dann gar nicht mehr in die Schule gegangen, oder?			
11/1	Also manchmal habe ich geschwänzt, aber ich bin schon, würde ich sagen, regelmäßig hingegangen.	Schule-schwänzen		Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
11/2	Wer hatte denn damals die Idee, hier in die Therapie zu gehen?			
11/2	Ich glaube, der Herr K.. Das ist mein Erzieher in der WG. Das ist mein Kontakterzieher. Der ist für mich zuständig. Der schreibt Hilfepläne und so.	Idee zur Therapieanbindung kam vom Kontakterzieher aus der WG.	Idee zur Therapie Rollenverständnis Kontakterzieher	Rollenverständnis und Aufgabenverteilungen im multiprofessionellen Team
11/3	Und sag mal, wie lange lebst du denn schon in der Wohngruppe?			
11/3	3 Jahre. Und 2015 war ich schonmal in der gleichen WG und aber nur für 10 Wochen und dann	Pat. lebt seit 3 Jahren in der WG. Erster 10-wöchiger	Rückführung	

	bin ich wieder nach Hause und 2019 - am 30. März, ich glaube 10Uhr bin ich in die WG eingezogen.	WG-Aufenthalt 2015. Rückführung ins Elternhaus nach 10 Wochen WG.		
11/3	Oh, das weißt du noch so genau?			
11/3	Ja. Auch meine Schulsachen und Brille tragen vergesse ich ganz oft oder so. Aber das kann ich mir noch merken.	Gutes emotionales Gedächtnis des Pat. Schwierigkeiten in der Konzentration		
11/4	Weißt du, ob das dann relativ schnell ging, dass du Therapie bekommen hast nach dem Einzug in die WG?			
11/4	Ich glaube, ich musste einen Monat warten, glaube ich. Also Herr K. hat mir nichts davon gesagt. Mir wurde nur gesagt, du musst nächste Woche...nächste Woche gehe ich mit dir ins Büro. Also ich wusste das damals schon, dass hier das Büro ist...gehe ich mit dir ins Büro zu Frau Z..	Wartezeit für Therapieerstgespräch betrug rund einen Monat. Terminierung des Erstgesprächs durch den Kontakterzieher. Vorerst geringe Partizipation des Pat. bei Terminierung des Erstgesprächs.	Wartezeit Hilfeanbahnung	Potenziale des therapeutischen Angebotes Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
11/4	Wusstest du damals, was die Frau Z. hier macht, was dich erwartet?			
11/4	Nein.	Geringe bis keine Vorstellung vom therapeutischen Angebot.	Verständnis von Therapieangebot im KJF e.V.	
11/5	Wie fandest du es denn dann, hierher gehen zu müssen?			
11/5	Also hier fand ich es cool, weil Frau Z. die fragt schon auch manchmal, aber die ist...ich weiß ja nicht, wie andere Therapien sind...meine Mama geht ja auch zu einer Therapeutin. Die hat ja zwei. Die geht einmal zur Frau Z. und glaube ich noch zu einer anderen. Und ja.	Pat. beschreibt gute Therapiemotivation und gehe gern zur Therapie. KM wird in Therapieprozess einbezogen und hat eine eigene Therapieanbindung.	Therapiemotivation Elternarbeit	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
11/5	Ach deine Mama geht auch manchmal zur Frau Z.?			

11/5	Ja. Ja.		Elternarbeit	
11/6	Hm...wer geht denn noch zu Frau Z.? Also du gehst zu Frau Z. und wer von all denen, die du kennst/ die um dich herum sind aus der Wohngruppe, vielleicht aus deiner Familie- wer geht noch alles zur Frau Z.?			
11/6	Der Y. - das ist ein Freund aus der WG. Dann S.- das ist auch ein Mädchen aus unserer WG.	Kinder aus der WG des Pat. nehmen das Therapieangebot ebenso wahr.	Zielgruppe	Potenzial des therapeutischen Angebotes
11/6	Also das sind alles Kinder, die noch in der WG sind. Aber wer aus deiner Familie geht noch zur Frau Z.. Weißt du das?			
11/6	Das weiß ich nicht. Aber ich weiß nicht, ob meine Schwester, denn die ist ja auch mal in der WG, ob die mal zu Frau Z. geht. Das weiß ich aber nicht. Ich glaube...	Schwester des Pat. ist ebenfalls in der stationären Hilfe des KJF e.V.	Lebenslage	
11/7	Also wie oft kommst du denn hier zur Therapie und wie lange dauert denn so eine Therapiestunde bei Frau Z.?			
11/7	Also...50 Minuten dauert die. Und wann? - einmal in der Woche.	50-minütige, wöchentliche Therapiestunden.	Frequenz und zeitlicher Rahmen	
11/7	Einmal? Bist du auch schon zweimal in der Woche hier gewesen?			
11/7	Ja, aber dann wurde...also dann waren dann nicht so viele Kinder hier und da hat die Frau Z. mir angeboten, ob ich zweimal kommen möchte. Und da habe ich "ja" gesagt. Aber ich glaube, dann wurde es wieder abgesetzt, weil viele Kinder auch hinwollten.	Therapeutin ist flexibel in der Frequenz der Therapiestunden und kann bedarfsgerecht auch 2 Therapiestunden pro Woche anbieten bei freien Kapazitäten.	Flexibilität in der Frequenz der Therapiestunden	Potenziale des therapeutischen Angebotes
11/8	Ah okay, alles klar. Sag mal, kannst du mir erzählen, was ihr in so einer Therapiestunde alles macht?			
11/8	Also wir reden manchmal über die Woche, wie es meinen Eltern geht und dann spielen wir meistens. Sie	Therapiestunde besteht meist aus Wochenreflexion,	Inhalte der Therapiestunden	Besonderheiten der therapeutischen

	haben ja schon den Spieleschrank von ihr gesehen und da spielen wir dann meistens noch was zum Schluss.	Thematisierung der Eltern und Spielen.		hen Arbeit mit jungen Menschen und Familien in der Jugendhilfe
11/8	Was machst du denn am liebsten hier in der Therapie?			
11/8	Das Spielen.	Als am lustvollsten wird das Spielen erlebt in der Therapie.		
11/8	Das Spielen. Was spielst du gerne?			
11/8	Also ich spiele gern Rommé. Aber ich spiele auch gern mal mit dem Puppenhaus. Also jetzt nicht so mit den Puppen, sondern sie hat ja auch so Playmobilkisten und Autokisten. Damit spiele ich dann halt.	Regelspiele sowie freies Spiel mit Playmobil und Puppenhaus in Therapie	Förderung der Grundbedürfnisse (Lust)	Besonderheiten der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen und Familien in der Jugendhilfe
11/9	Wie geht es dir denn heute? Also das bedeutet, was hat sich denn verändert seit Beginn der Therapie?			
11/9	Ähm, ich habe Ängste abgebaut, wenn man das so sagen kann. Dann darf ich jetzt auch mehr auf BU. Als ich zur Frau Z. gekommen bin, durfte ich gar nicht auf BU.	Abbau der Ängste und Intensivierung der Beurlaubungen im Elternhaus.	Therapieerfolge/Veränderungen	Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
11/9	Beurlaubung- also bei meinen Eltern übernachten. Denn ich wohne ja nicht bei meinen Eltern. Und dann gehe ich einmal in der Woche hin.	Regelmäßige Kontakte zu den KE: 1mal pro Woche am Wochenende.		
11/9	Immer am Wochenende?			
11/9	Ja. Und da hatte ich vor dem Beschlossenen....also ich hatte ja im Juli Hilfeplan...und da wurde zum Beispiel beschlossen, dass ich viermal im Monat habe ich zwar eine Übernachtung. Und die kann man so verschieben, wie man möchte. Man kann zum Beispiel sagen...ähm. in der ersten Woche des Monats schläft der S. von	Patient und KE dürfen bei der Terminierung der Beurlaubungen im Elternhaus mitentscheiden. Flexible Terminierung der	Hilfeplanung Flexible und kindeswohlorientierte BU	Besonderheiten der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen und Familien in der Jugendhilfe

	Freitag bis Sonntag. Dafür hat er dann aber in der anderen/ zweiten Woche nur eine Tages-BU.	Beurlaubungen.		
11/10	Durfstest du denn da mitbestimmen beim Hilfeplan?			
11/10	Ja! Aber es wird halt meistens geguckt, wie es mir geht, wie es meinen Eltern geht und was gerade...Also meine Eltern dürfen Wünsche aufschreiben und ich, glaube ich.	KE und Pat. gestalten Hilfe mit ihren Wünschen maßgeblich mit.	Partizipation des Pat. und der Eltern in der Hilfeplanung	
11/10	Darf die Frau Z. auch Wünsche aufschreiben als Therapeutin?			
11/10	Die ist ja auch manchmal im Hilfeplan dabei und die setzt sich halt auch oft dafür ein. Für das, wenn sie es auch gut findet.	Therapeutin nimmt an HPG teil und fungiert als Rückendeckung für Kind/Jugendlichen und Familie.	Partizipation therapeutischer Inhalte in Hilfeplanung	Besonderheiten der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen und Familien in der Jugendhilfe
11/10	Wofür setzt die sich ein?			
11/10	Zum Beispiel, sie wollte, dass ich zu Weihnachten auf BU darf. Aber weil sie dann doch einen Termin hatte, konnte sie halt doch nicht hin und dann wurde entschieden, dass ich halt doch nicht auf BU darf zu Weihnachten. So war ich dann an Weihnachten mit einem Kind der Einzige, der nicht zu Weihnachten auf BU durfte.	Therapeutin setzt sich nach fachlicher Prüfung für Kontakte zwischen Kind und Eltern ein. Wird vom Kind als Ressource und Unterstützung gesehen.	Therapeutin als Unterstützer für Familiensystem	Besonderheiten der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen und Familien in der Jugendhilfe
11/10	Und was denkst du, was hätte Frau Z. in diesem HPG gemacht?			
11/10	Es hätte auch sein können, dass die Frau ... weiß nicht, wie die heißt... dass die sagt: "Nein das machen wir nicht.". Es hätte auch sein können, dass Frau Z. die überzeugt hätte wieder mal. Aber das weiß ich nicht.	Therapeutin sorgt für fachlichen Diskurs im HPG bezüglich der BU und unterstützt Elternkontakte aus Sicht des Patienten.		Besonderheiten der therapeutischen Arbeit mit jungen Menschen und Familien in der Jugendhilfe
11/11	Sag mal, hattest du vorher schon einmal irgendwelche Therapien, bevor du zu Frau Z. gekommen			

	bist?			
11/11	Ja. Auch so etwas wie die Frau Z., aber das war nur, das waren glaube ich nur 15 Termine und danach war es zu Ende.	Beendigung der ambulanten Therapie nach 15 Terminen.	Nutzung ambulanter Therapie	Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
11/11	Kannst du mir mal berichten, was da anders war als hier bei der Therapie?			
11/11	Auf jeden Fall da musste man...da gab es einen riesengroßen Warteraum, was man hier nicht hat. Dann hat die mit einem nur kurz gequatscht und hat dann eben...die hat sich eben nicht groß mit Einem beschäftigt, sondern die hat meistens irgendetwas in den Computer geschrieben währenddessen man zum Beispiel gespielt hat oder so.	Großer Warteraum bei ambulanter Therapie. Pat. hat ambulantes Therapieangebot als wenig beziehungsorientiert wahrgenommen.	Vergleich ambulanter Therapie und Therapieangebot des KJF e.V.	Vergleich zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
11/12	Du machst das richtig toll hier, das Interview. Sag mal, welche Personen außer dir werden denn noch in die Therapie eingeladen?			
11/12	Also mein Papa, meine Mama, meine Schwester war schon hier, die Frau H.- meine Einzelfallhelferin, dann der Herr R.- das ist auch mein Einzelfallhelfer, dann vielleicht auch meine Patenoma...aber ich glaube nicht.	Einbeziehung des Familiensystems und der ambulanten Helfer in die Therapie beim KJF e.V.	BZP- und Elternarbeit	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
11/12	So viele? Weißt du, was die hier machen?			
11/12	Also die..., weil früher durfte ich nicht alleine zu meinen Eltern. Deshalb wurde entschieden, ich darf bald zu meinen Eltern. Also meine Eltern kommen hierher und ich komme hierher und dann haben wir uns hier getroffen.	Begleiteter Umgang im Rahmen der Therapie.	Familienorientierte Arbeit im Therapiesetting	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
11/12	Ah okay. Und das hat dann die Frau Z.- die Therapeutin- mit begleitet?			
11/12	Ja.			

11/13	Ah okay. Wie findest du denn das, dass dein Papa, deine Mama, deine Schwester, Patentante?			
11/13	Patenoma!			
11/13	Patenoma, dass die alle mit hier sind in der Therapie? Dass die alle schonmal mit eingeladen worden sind?	Pat. findet den Einbezug seiner Familie in den Therapieprozess gut.	Elterneinbezug aus Pat.-Sicht	
11/13	Kannst du mir sagen, warum du das gut findest?			
11/13	Weil...es kann ja sein, dass das Kind die ganze Zeit seine Eltern in Schutz nehmen will. Also dass das sagt: "Ja, es klappt alles gut Zuhause.". Aber in Wirklichkeit klappt das gar nicht gut, weil die sich gar nicht verstehen. Hier kann Frau Z. halt auch mit denen über ihre Probleme reden. Weil da hab ja nicht nur ich Probleme, sondern auch meine Eltern. Deshalb finde ich das gut.	Pat. nimmt den Einbezug der Eltern in die Therapie auch als „Schutz- und Kontrollmechanismus“ für den jungen Menschen wahr. Eltern sollen in ihren Problematiken auch gehört und es soll bearbeitet werden.	Elterneinbezug aus Pat.-Sicht	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
11/14	Sag mal, wird das vorher mit dir abgesprochen, wenn die eingeladen werden in die Therapie?			
11/14	Ja! Also Frau Z. sagt zum Beispiel...so wie jetzt gerade drüben...meine Mama kommt am Montag. So, ja.	Pat. wird von der Therapeutin über Elterntermine vorab informiert.	Schweigepflicht in der Therapie	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
11/14	Bespricht die mit dir auch, was sie sagen darf und was sie nicht sagen darf?			
11/14	Ja, dass die irgendein „Schweigedingsdabumsda“ hat... Ja, das sagt die. Und dass alles, was in dem Raum gesprochen wird, auch in dem Raum bleibt.	Beibehaltung eines Vertrauensverhältnisses zum Pat. trotz engem Einbezug der Eltern im Rahmen der Elternarbeit	Anforderung an die Therapeutin	Qualitätssicherung und Evaluation
11/15	Gibt es denn auch gemeinsame Termine zwischen dir und anderen Beteiligten? Das heißt, zwischen dir und Mama und der Therapeutin-so Dreiertreffen?			

11/15	Ja. Es gab zwischen mir und der Schwester gab es schon. Zwischen mir und meinen Eltern noch nicht. Die waren meistens beide da. Aber was es schon gab: Frau Z., meine Mama und Frau H. (Einzelfallhelferin) haben schon einmal einen Frauentag gemacht.	Austausch zwischen Einzelfallhelferin, KM und Therapeutin im Therapiesetting.	Familienorientierte, therapeutische Arbeit Netzwerkarbeit	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
11/15	Das fand ich gut. Ich war nicht mit dabei. Ich weiß nicht...meiner Mama hat es gut gefallen, hat sie gesagt.	Entlastung des Pat. durch Einbezug der BZP aus dem Netzwerk.	Chancen der Netzwerkarbeit	Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
11/15	Wärst du gern dabei gewesen?			
11/15	Ich denke, ja. Aber meine Mama kann halt dann noch Dinge/ Sachen sagen, die sie nicht so gerne vor mir sagt, weil sie nicht möchte, dass dann was in meinem Kopf vorgeht, oder so.	Pat. ist mit BZP-Stunden in seiner Abwesenheit einverstanden. Erwachsenenthemen		Einbindung der jungen Menschen und Familien in den Hilfeprozess
11/16	Was denkst du denn, wie deine Therapeutin Frau Z. mit den anderen zusammenarbeitet? Also das heißt, haben die nur Gespräche, oder telefonieren die auch?			
11/16	Na die treffen sich auch manchmal, die reden auch viel miteinander, telefonieren, ja.	Austausch erfolgt über persönliche Gespräche und Telefonate.	Austausch	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
11/16	Telefoniert die Therapeutin auch mit der Wohngruppe, oder wie läuft das?			
11/16	Die telefonieren...also die sind im sehr guten Austausch miteinander, finde ich. Also manchmal ruft Frau Z. ja an.	Therapeutin sucht auch aktiv Austausch zur WG und zu den KE. Guter Austausch zwischen Therapeutin, WG	Austausch zwischen Therapeutin und WG	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit

		und Eltern aus Sicht des Patienten.		beit im Netzwerk
11/16	Oder bei den Eltern. Die ist halt immer gut informiert, deshalb denke ich das.	Therapeutin ist gut informiert.	Chancen der Netzwerkarbeit	
11/17	Sag mal, er ist denn beim Hilfeplangespräch alles dabei? Du hattest gesagt...wer ist alles dabei beim Hilfeplangespräch?			
11/17	Mama, Papa, Herr R. (Einzelfallhelfer), Frau H. (Einzelfallhelferin), Herr K. (Kontakterzieher), Frau Z. (Therapeutin), ich, Frau N. (ASD)	Teilnehmer: Ambulante Helfer, Kontakterzieher aus WG, KE, Therapeutin, ASD, Patient selbst	HPG-Teilnehmer	
11/17	Und du bist auch dabei?			
11/17	Ja.			
11/18	Und wer bestimmt denn, wie lange diese Therapie hier noch dauert/ wie lange diese Therapie noch gehen soll? Was denkst du?			
11/18	Also, wenn ich aus der WG ausziehe, dann ist hier ja sowieso vorbei.	Therapie wird bei Auszug aus der WG beendet.	Einflussparameter auf die Therapiedauer	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
11/18	Hat Frau Z. gesagt. Warum genau weiß ich nicht. Ich glaube, das entscheidet das Jugendamt. Glaube ich.	Pat. nimmt ASD als Entscheidungsträger in Bezug auf Therapiedauer wahr.	Rollenverständnis ASD	Rollenverständnis und Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team
11/18	Würdest du denn gern auch weiterhin Therapie machen?			
11/18	Ja, das macht Spaß!	Therapie macht Spaß.	Förderung der Grundbedürfnisse	
11/19	Wo wirst du denn perspektivisch wohnen? Also wirst du zu deinen Eltern zurückgehen, oder wie ist das?			Effekte der therapeutischen Hilfe aus subjektiver Sicht aller Akteure
11/19	Weiß ich nicht. Es kann sein, dass ich ausziehe, wenn...oder es kann sein, dass ich bis 18 in der WG	Pat. hat noch keine genaue Perspektive bzgl. einer	Rückführungsidee	

	bleibe und dann mir mit 18 eine Wohnung raussuche.	Rückführung ins Elternhaus.		
11/19	Was wäre denn dein großer Wunsch?			
11/19	Nach Hause.	Pat. wünscht sich Rückführung ins Elternhaus.	Grundbedürfnis (Bindung an Eltern)	
11/20	Gibt es noch irgendetwas, wo du sagst, das könnte noch besser werden an diesem therapeutischen Angebot hier? Das könnte Frau Z. besser machen, oder das würde ich mir noch wünschen hier für die Therapie. Gibt es da noch irgendetwas?			Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
11/20	Nein. Es ist alles gut. Es fällt mir jetzt nichts ein.	Pat. sieht keine weiteren Potenziale für das Therapieangebot.	Potenziale des therapeutischen Angebotes des KJF e.V.	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe

Nr./Frage	Aussage	Paraphrase	Kategorie	
12/1	Ich möchte gern einmal starten. Und wie ich dir gerade schon erzählt habe, möchte ich gern zum Potenzial der therapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen aus der Jugendhilfe im Rahmen des KJHG forschen und habe dazu ein paar Leitfragen vorbereitet. Die erste wäre tatsächlich: In welchem Kontext arbeitest du psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen?			
12/1	Na also ich habe seit 2021 einen halben Kassensitz in Berlin. Und davor hatte ich eine kleine Privatpraxis, wo ich viele Privatpatienten und diese KJHG-Patienten hatte.	Therapeutin hat Praxiserfahrungen mit Kassensitz und mit KJHG-Patienten in der Privatpraxis.		
12/1	Wie lange hast du das gemacht?			
12/1	Das waren so drei Jahre.	3 Jahre Praxiserfahrung mit KJHG-Therapien.		
12/2	Okay, wie bist du denn dazu			

	gekommen, dass du gesagt hast, ich möchte gern psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen aus der Jugendhilfe im Rahmen des KJHG arbeiten?			
12/2	Also eigentlich fand ich überhaupt, wenn man Therapeutin auf dem freien Markt ist und keinen Kassensitz hat, dann ist das mit den Patienten nicht so einfach. Und da war das erstmal überhaupt praktisch, um überhaupt erstmal an Patienten zu kommen. Zudem bin ich Sozialarbeiterin vom Grundberuf und da finde ich, liegt dieses Klientel einfach nah. Das ist eben irgendwie ein bisschen wie zurück zur ersten Ausbildung (lachen). Genau, und das war einfach der Grund, um es auszuprobieren. Weil ich sagte, okay irgendwie muss ich zu Patienten kommen und ich arbeite auch gern mit dem Klientel.	KJHG-Therapien in Privatpraxis angeboten, um Patienten zu akquirieren, da der Zugang zu Patienten sonst erschwert scheint. Grundberuf als Sozialarbeiterin und Erfahrungen aus dem Bereich haben zudem zur Arbeit mit dem Klientel ermuntert.	Professioneller Zugang zur KJHG-Therapie Multiprofessioneller Zugang der Therapeutin zur KJHG-Therapie	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
12/3	Wie viele Patienten aus der KJHG-Therapie hattest du so im Schnitt?			
12/3	Ich habe jetzt mal nachgeschaut und bin auf 13 gekommen, wo ich es sicher sagen kann, weil ich noch die Anträge gefunden habe.	Erfahrung der Therapeutin mit mindestens 13 KJHG-Therapiefällen.	KJHG-Patienten	
12/4	Okay. Welche Kinder hatten denn Zugang zu dieser KJHG-Therapie?			
12/4	Also eigentlich ging das über zwei Wege. Nachdem ich ein bisschen etabliert war im Bezirk, hat sich oft auch tatsächlich vom Jugendamt jemand an mich gewandt und gefragt: "Haben Sie noch Kapazitäten?". Und das ist eigentlich der idealste Weg, wie es laufen kann.	2 Zugänge zur KJHG-Therapie: 1.) Anfragen durch das Jugendamt. Als idealer Weg zur KJHG-Therapie.	Therapiezugang KJHG-Therapie	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
12/4	Warum?			
12/4	Einfach, weil die Jugendlichen dann schon im Jugendhilfesystem drin sind. Das ist dann in Berlin vom KJPD aus, dass die geschickt	Anfragen über das Jugendamt sind ideal, da Kinder und Jugendliche schon	Therapiezugang KJHG-Therapie	Besonderheiten therapeutischer Arbeit

	werden. Das heißt, die haben dann schon die (Therapie)Empfehlung und dann ist das auch mit dem Aufwand, dass es finanziert wird und bewilligt wird, ein relativ leichter Weg.	im Jugendhilfesystem sind, Therapieempfehlung haben, Bewilligungsaufwand ist gering.		mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
12/4	Das andere waren Patienten, die kamen, wo ich dann im Prinzip mit denen den Weg gegangen bin mit dem Jugendamt und sich um die Bewilligung zu kümmern.	2.) Anfragen durch Kinder und Jugendliche außerhalb des Jugendhilfesystems. Bewilligungsweg wird begleitet durch die Therapeutin	Therapiezugang KJHG-Therapie	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
12/4	Was waren da Hemmnisse bei diesem zweiten Weg?			
12/4	Also erstmal nicht alle Eltern sind begeistert, wenn ich sage: "Wenden Sie sich ans Jugendamt!". Und das andere: Es ist einfach organisatorisch ein riesigen (betonend) Aufwand. Zumindest in Berlin sind die Jugendämter in der Regel... also habe ich mit sehr guten Pädagogen zu tun und auch sehr...die wollen auch helfen und unterstützen, aber die sind einfachüberlastet. Dass die Wege einfach langsam dauern. Also bis es dann einen Termin gibt für eine Erstvorstellung, vergehen Monate. Bis das dann bei den zugehörigen Stellen ist, war das dann schon ein halbes Jahr, bis das dann bewilligt wurde. Und das ist schon. Und weil das halt Familien waren, die das nicht leisten konnten, war das meine Arbeit, da viel hinterher zu telefonieren und sowas. Das muss man schon auch wissen, ob man da der Typ für ist (lachen).	2. Weg zur Beantragung der KJHG-Therapie bedeutet großen Aufwand für die Therapeutin. Hemmnisse liegen in ablehnender Haltung der Eltern gegenüber dem Jugendamt. Erschwert Anbindung ins Jugendhilfesystem. Überlastung der Jugendämter, sodass Termin zur Erstvorstellung erst spät ist. Bewilligung dauert bis zu einem halben Jahr. Viel Arbeitsaufwand im Zuge der	Therapiezugang KJHG-Therapie Spannungsfelder/Hemmnisse	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie

		Beantragung durch die Therapeutin. Unterstützung der Familien wegen beschränkter Kompetenzen.		
12/4	Deutlich viel mehr Aufwand, den du da beschreibst?			
12/4	Ja, auf jeden Fall.	Hoher Aufwand in der Beantragung für Therapeut.		
12/5	In welchem Alter waren denn die Kinder und Jugendlichen, die du da therapiert hast?			
12/5	Ich muss mal überlegen. Ich glaube, der jüngste war Grundschüler, 3./4.Klasse und die älteste kam mit 17 oder 18 und ist im Verlauf dann 19 geworden. Diese Bandbreite, ja.	KJHG-Patienten im Alter zwischen Grundschulalter und junges Erwachsenenalter.	Alter/ Zielgruppe	
12/6	Mit welchen Problemen und Lebenslagen kamen denn diese Kinder und Jugendlichen zu dir in die Therapie?			
12/6	Das ist ja komplett unterschiedlich. Für mich mit ein Grund, diese KJHG-Therapien anzubieten, war tatsächlich auch, um Geflüchteten Therapie anbieten zu können. (nachdenken) Also das war eigentlich mit ein Grund, weil ich gedacht habe, irgendwie muss man ja die Therapien für die finanziert kriegen. Da ist ein riesigen Bedarf da. Die haben natürlich eine andere Thematik, als jetzt...also ich kann es nicht sagen. Die sind alle sehr, sehr unterschiedlich. Also ich kann jetzt nicht sagen, die Klischeefamilien, wo die Eltern überfordert sind. Ich finde, damit macht man es sich auch ein bisschen zu leicht. Also ich finde, es waren schon sehr individuelle Konstellationen.	Therapeutin wollte Geflüchteten Therapiezugang ermöglichen im Rahmen der KJHG-Therapie. Hoher Bedarf. Sehr unterschiedliche Bedarfe und individuelle Konstellationen. Therapeutin lehnt Begrenzung der KJHG-Therapie auf typische Klischeefamilie ab.	Zielgruppe Lebens- und Problemlagen	Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe
12/6	Vielleicht fällt es dir ja leichter, einige Beispiele zu nennen von Familien, die zu dir gekommen			

	sind, also deren Kinder und Jugendliche.			
12/6	<p>Ja. Also ich habe zum Beispiel einen jugendlichen, afghanischen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen, der in einer Einrichtung gewohnt hat. Da ging es natürlich viel um die Symptomreduktion posttraumatischer Symptomatik. Dann hatte ich auch noch andere Kinder mit Fluchterfahrungen, wo die Therapien...also wo sich dann abgezeichnet hat, das ist noch das falsche Setting. Da ging es tatsächlich eher darum, dass das erste Mal jemand geschaut hat, was braucht die Familie eigentlich. Also ich erinnere mich an einen syrischen Jungen, wo es in der Schule so schwierig war, wo dann aber klar war, Psychotherapie ist für den/ für die Familie das Falsche. Was aber auch hilfreich war, durchzusetzen dass die einen eigenen Familienhelfer bekommen haben mit einem relativ hohen Stundenbudget. Also da war es eigentlich eher so ein bisschen diagnostisch, damit jemand in die Familie reinschaut. (...) Dann hatte ich auch einen Jungen mit Verdacht auf Autismus, also mit schulvermeidendem Verhalten. Da wenden sich die Jugendämter auch, also mit 13 kann ich jetzt nicht sagen häufig, aber das hatte ich schon auch häufiger. Also zwei, drei Patienten von denen, weil da einfach das Jugendamt in Zugzwang steht. Also wenn die Schule eine Meldung macht und sagt: "Schulvermeidendes Verhalten!". Dann muss das Jugendamt ja reagieren. Da muss ja eine Maßnahme erfolgen. Das war so etwas. Ich hatte auch ein, zwei Familien, wo es eher so</p>	<p>Symptomreduktion posttraumatischer Symptomatik bei afghanischem Patienten;</p> <p>Bedarfsklärung und Diagnostik in anderen geflüchteten Familien, wobei sich Therapie nicht als richtiges Setting herausgestellt hat. Installation eines Familienhelfers im Fall eines syrischen Jungen mit Schulschwierigkeiten .</p> <p>Verdacht auf Autismus,</p> <p>öfter schulvermeidendes Verhalten, wo ASD aktiv werden muss wegen drohender KWG</p> <p>problematische Elternhäuser</p>	<p>Lebens- und Problemlagen</p>	<p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien aus der Jugendhilfe</p>

	auch alles abrechnen darf (in der KJHG-Therapie).			
12/8	Wie genau funktioniert das mit der Abrechnung?			
12/8	Man hat im Prinzip....ich kann es gar nicht mehr so genau sagen (lachen). Also man hat diese Fallleistungsstunden, die bewilligt werden und wie ich die aufteile, ist eigentlich sehr in meinem Ermessen, soweit ich weiß. Also ob ich jetzt in der Stunde mit dem Lehrer gesprochen habe oder ich war auch mal bei einer Familie Zuhause. Das könnte ich mir im Kassensystem überhaupt nicht leisten, zu einer Familie nach Hause zu fahren.	<p>Therapeutin ist sich unsicher.</p> <p>KJHG-Therapie wird über Fallleistungsstunden bewilligt und finanziert.</p> <p>Aufteilung der Stunden liegt im Ermessen der Therapeutin.</p> <p>Hausbesuche sind im Gegensatz zur Kassentherapie möglich gewesen in der KJHG-Therapie</p>	<p>Finanzierung/ Abrechnung KJHG-Therapie</p> <p>Vorteil der KJHG-Therapie Lebensweltorientierung</p>	<p>Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie</p>
12/8	Warum nicht?			
12/8	Weil es nicht bezahlt wird. Also der Fahrtweg wird nicht bezahlt usw.. Also da ist man schon deutlich flexibler (in der KJHG-Therapie), wenn man die Bewilligung gelaufen ist, dann ist das absolut genial dieses System mit den KJHG-Therapien. Das Arbeiten selbst (Pause)...also ich finde es auch hilfreich in der Vernetzung mit dem Jugendamt. Es hat eher etwas von einem Team. Also man ist ein Baustein. Was war eigentlich deine Frage?	<p>In Kassentherapie werden Hausbesuche (Lebensweltorientierung) nicht bezahlt.</p> <p>Therapeutin schätzt KJHG-Therapie deutlich flexibler ein. KJHG-Therapie als geniales System.</p> <p>KJHG-Therapie ist Arbeit im Team und fördert Vernetzung.</p>	<p>Nachteil der Kassentherapie</p> <p>Vorteil/ Potenziale KJHG-Therapie</p> <p>Netzwerkorientierung</p>	<p>Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie</p>
12/8	Also die Frage war tatsächlich, wie es bezahlt wird, wie es finanziert wird, wie es abgerechnet wird.			
12/8	Also genau, man beantragt das. Man muss auch einen sogenannten Kostenplan an das Jugendamt, die entsprechende Stelle setzen. Und der Stundensatz ist natürlich deutlich geringer, als jetzt in einer	Beantragung der KJHG-Therapie läuft über Zusendung des Kostenplans an das Jugendamt.	<p>Beantragungsprozess</p> <p>Finanzierung</p>	<p>Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und</p>

	<p>Kassenpraxis. Ich weiß nicht, mittlerweile war das dann so bei 58Euro für eine Stunde. Dadurch dass man aber auch diese Schreibtischarbeit zum gewissen Teil bezahlt bekommt, also wenn ich einen Antrag schreibe, wenn ich telefoniere, wenn ich in Supervision gehe...ah, ich glaube Supervision nicht, aber eben diese ganze Drumherumarbeit, das machen wir ja alles umsonst, das wird auch bezahlt. Also ist es auch nicht so, dass wir sagen, es ist so wahnsinnig schlecht bezahlt.</p>	<p>Stundensatz für KJHG-Therapie deutlich geringer bei rund 58Euro pro Stunde.</p> <p>Bürokratischer Aufwand (Anträge) wird in KJHG-Therapie entlohnt im Gegensatz zur Abrechnung bei der KK.</p>	<p>Vorteil der KJHG-Therapie</p>	<p>Kassentherapie</p>
12/8	<p>Also würdest du sagen, es kommt dann doch so ungefähr auf Dasselbe hinaus? Oder würdest du sagen, KJHG-Therapeuten sind schon im Gegensatz zu kassenärztlichen Therapeuten unterbezahlt?</p>			
12/8	<p>Ja, die sind schon unterbezahlt. Aber wenn man das sieht, dass das überhaupt...also das ist ja auch ein Kostenfaktor. Also Psychotherapie ist zwar jetzt von den Jugendhilfsmaßnahmen noch eine relativ günstige, und trotzdem ist es ein Kostenfaktor. Und da jetzt zu sagen: "Okay ich mache die KJHG-Therapie, aber ich möchte genau diese Bezahlung!". Dann würde das Jugendamt wahrscheinlich eher sagen: "Tut uns leid, dann streichen wir diese Maßnahme aus dem Katalog.". Aber ich finde, dadurch dass die ganze Schreibtischarbeit bezahlt wird, ist es jetzt auch nicht schlecht bezahlt. Also wenn ich das jetzt vergleiche. Also ich hätte ja jetzt den Vergleich mit Privatpatienten, wo ich ja eigentlich nur die Stunde habe. Also so schlecht ist es dann nicht bezahlt.</p>	<p>KJHG-Therapeuten sind aus Meinung der Therapeutin unterbezahlt.</p> <p>KJHG-Therapie als günstige Jugendhilfemaßnahme</p> <p>Bei Forderungen auf Erhöhung des Satzes nimmt man gänzliche Streichung der KJHG-Maßnahme in Kauf.</p> <p>Bezahlung der KJHG-Therapie wird durch extra Bezahlung der Schreibtischarbeit attraktiver.</p>	<p>Spannungsfeld der in der Finanzierung und Bezahlung</p>	
12/9	<p>Okay. Ich habe jetzt verstanden, dass du das auch genießt,</p>	<p>Therapeutin genießt multiprofessionelle</p>	<p>Multiprofessionalität,</p>	<p>Bedeutung und</p>

	<p>multiprofessionell zu arbeiten und vernetzt zu sein, dass dir das liegt, einfach weil du auch einen multiprofessionellen Blick schon hast durch deine Grundausbildung als Sozialarbeiterin. Richtig?</p>	<p>und vernetzte Arbeit. Multiprofessioneller Blick der Therapeutin durch sozialwissenschaftliche Grundausbildung.</p>	<p>Netzwerkarbeit</p>	<p>Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk</p>
12/9	Ja!			
12/10	Wie oft kommen denn die Kinder und Jugendlichen zu dir bzw. wie oft sind die denn zu dir gekommen die KJHG-Fälle?			
12/10	<p>Also auch nur einmal die Woche, weil das einfach auch organisatorisch nicht anders machbar ist. Also die haben ja meistens, in Berlin zum Beispiel haben vor allem in Familien, die jetzt eher einfache Jobs haben, da sind die Kinder bis um 17Uhr im Hort. Einfach weil die Eltern voll arbeiten und arbeiten müssen. Also da zu sagen: "Komm zweimal die Woche.". Das ist schlicht und ergreifend organisatorisch gar nicht machbar. Die kamen einmal die Woche. Es gab Patienten, da war nach 10 bis 15Stunden klar, das ist nicht die richtige Maßnahme. Ich habe aber auch Jugendliche gehabt, die auch in die Verlängerung gingen und 1-2 Jahre kamen. Bzw. Einzelfälle habe ich jetzt auch übernommen ins Kassensystem.</p>	<p>1 Therapiestunde pro Woche im Rahmen der KJHG-Therapie.</p> <p>Höhere Frequentierung der Therapiestunden nicht leistbar durch die Familien und Kinder wegen langer Arbeits- und Schultage.</p> <p>Therapiedauer variiert: 10-15Stunden wegen Maßnahmenwechsel , 1-2 Jahre mit Verlängerung, Mitnahme von Patienten ins Kassensystem</p>	<p>Frequentierung der Therapiestunden</p> <p>Therapiedauer</p>	<p>Besonderheiten therapeutischer Arbeit mit jungen Menschen und Familien in der Jugendhilfe</p>
12/10	Ach okay. Das funktioniert dann auch?			
12/10	Ja klar. Die Krankenkasse weiß ja nichts von der vorherigen Therapie, kann also die Stunden nicht anrechnen. Also im Fall des afghanischen Jugendlichen ist das jetzt super, weil der hatte schon zwei Jahre und kann jetzt einfach noch kommen (lachen).	<p>KJHG-Stunden können nicht auf kassenärztliche Therapiebehandlung angerechnet werden.</p> <p>Therapeutin sieht dies als Vorteil im individuellen Fall.</p>	<p>Trennung der Therapiesysteme (Abrechnung)</p>	

12/11	Und wie genau klassifizierst und diagnostizierst du denn dann im Rahmen dieser KJHG-Therapie?			
12/11	Also das Gute ist, dass man eigentlich keine Diagnose vergeben muss, soweit ich das verstanden habe. Da würde ich mich jetzt nicht drauf verlassen. Das heißt, dass ich eigentlich auch keine psychologische Diagnostik machen muss. Aber ich habe das natürlich selbstverständlich so gemacht, wie ich das bei jedem anderen Patienten auch machen würde.	Therapeutin ist sich unsicher, erinnert aber, dass man in der KJHG-Therapie keine Diagnose vergeben und keine psychologische Diagnostik durchführen muss. Therapeutin führt aber immer eine Diagnostik durch.	Klassifikation / Diagnostik KJHG-Therapie	
12/11	Und das hast du gemacht nach dem ICD-10, oder?			
12/11	Ja, genau. Aber das ist nicht verpflichtend.	Klassifikation nach dem ICD-10 laut Therapeutin in der KJHG-Therapie nicht verpflichtend.	Klassifikation	
12/12	Ah okay. Hast du denn dieses Fortbildungscurriculum mitgemacht in Berlin.			
12/12	Nein. Ich glaube, das sind 2 oder 3 Seminare, die man machen musste, um starten zu können. Und dann hätte man es innerhalb der nächsten 5 Jahre nachholen müssen. (Pause) Da das aber auch wahnsinnig aufwendig war mit noch extra Supervisoren und mein Ziel ja eh der Kassensitz war, hab ich das so ein bisschen schleifen lassen. In der Hoffnung, dass die Rechnung aufgeht. (Lachen) Die Berliner Institute, so wie ich das verstanden habe, einige bieten das in der Ausbildung schon mit an. Das heißt, wenn die mit ihrer Ausbildung fertig sind, dann haben die das teilweise schon mitgemacht, und können mit der KJHG starten.	2-3 Seminare für den Start einer KJHG-Therapie nötig in Berlin. Curriculum wird als wahnsinnig aufwendig eingeschätzt- Hemmnis zur Ausübung. Implementierung von Seminaren des Ausbildungscurriculum in Berliner Ausbildungsinstituten.	Fortbildungscurriculum KJHG-Therapie Qualitätssicherung	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
12/12	Ah, das bedeutet in der			

	Hilfelandchaft in Berlin wird das eigentlich schon frühzeitig implementiert, indem man die Ausbildung schon ein Stück weit darauf ausrichtet?			
12/12	Ja, also da auch keine Verlässlichkeit. Das ist nur das, was ich so mitgekriegt habe, weil das jetzt schon für andere approbierte Kollegen da jetzt schon noch einmalalso ich muss sagen, selbst zu zahlen die Supervision von einem zertifizierten KJHG-Supervisor...das war für mich so das größte Hindernis, das zu machen. Weil ich habe meine Supervision. Ich mag doch die A.. Weshalb soll ich mir jetzt jemand anderen suchen. Das war so, und ich denke, das war für andere Kollegen auch so eher das Ding, was hemmt. Weil das einfach wieder kostet.	Größtes Hindernis für das Ausbildungscurriculum waren aus Sicht der Therapeutin hohe Kosten und Supervisorensuche/-wechsel.	Hemmnisse/ Spannungsfelder	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
12/13	Ah okay. Da sind also Hemmnisse in der Finanzierung der Ausbildung. Ah okay. Wie genau hast du denn damals dokumentiert im Rahmen der KJHG-Therapie? Wie funktionierte das?			
12/13	Ich habe dokumentiert genauso, wie ich es bei Kassenpatienten auch mache. Also einmal man schreibt, man muss es ja auch beantragen, man schreibt einen Antrag ähnlich wie der von Kassentherapie. Er hat nur ein paar andere Punkte mit drinnen. Also es geht auch viel noch um pädagogische Ziele.	Dokumentation von KJHG-Therapie läuft analog zur Dokumentation in der Kassentherapie. Ergänzung des KJHG-Antrages um pädagogische Inhalte.	Dokumentation/ Antrag Gemeinsamkeiten der beiden Therapiesysteme	
12/13	Also der Antrag ist schon interdisziplinär aufgestellt ein Stück weit?		Antrag KJHG-Therapie	
12/13	Ja. Ja. Und dann ist es ja auch so, wenn Hilfesgespräche anstehen usw., wird man oft auch als Therapeutin inkludiert im Sinne ein kurzes Zwischenstatement zu geben. Was ich aber hilfreich fand,	Einbezug der therapeutischen Meinung ins Hilfeplanverfahren wurde von der Therapeutin als	HPG Multiprofessionalität (im	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller

	weil ich den Eindruck hatte, es hat wirklich auch eine Bedeutung gehabt, wie ich einschätze, was ich glaube, was ich empfehle. Und musste auch Abschlussberichte ausführlich schreiben. Es ist ja was, was man in der Kassentherapie nicht macht. Ansonsten hat jeder Patient genauso seine Akte gehabt wie jeder normale Patient. Also da mache ich für mich jetzt keine Differenzierung.	bedeutungsvoll erlebt. Kurze Zwischenstatements und ausführliche Abschlussberichte durch Therapeutin an Jugendamt. Aktenführung analog zur Kassentherapie	Hilfeplanverfahren)	Zusammenarbeit im Netzwerk
12/14	Was würdest du denn sagen, sind so die größten Unterschiede einer kassenärztlichen Psychotherapie und einer KJHG-Therapie? Das gute ist, du kennst beide Systeme. Was würdest du sagen, sind elementare Unterschiede? Du hast viele Gemeinsamkeiten schon benannt.			
12/14	Also in der Theorie ist ja der Unterschied vor allem der Miteinbezug des Umfeldes. Also das sich der therapeutische Auftrag nicht nur auf das Kind erstreckt, sondern eben auch auf die Eltern also engmaschiger, als es eigentlich die Kassentherapie vorsieht. Ich kann keine KJHG-Therapie beantragen, wenn ich sage, der Jugendliche kommt, es gibt kein Umfeld, was involviert ist. das wäre dann nicht indiziert. In der Praxis sieht das dann natürlich ein bisschen anders aus. Also wenn ich Eltern habe, die nicht mitwirken wollen, dann sage ich nicht dem Jugendlichen "Tschüss" dann. Oder wenn ich jetzt in der Kassenpraxis Patienten habe, wo ich sage, die Eltern müssen engmaschiger miteinbezogen werden, dann kommen die Eltern engmaschig jedes Mal mit rein. Wenn es	In KJHG-Therapie ist Einbezug des Umfeldes entscheidend. Theorie und Praxis unterscheiden sich, denn die Therapeutin behandelt den Pat. trotz fehlenden Einbezuges des Umfeldes weiter. Therapeutin arbeitet auch in ihrer kassenärztlichen Arbeit bedarfsorientiert mit engmaschigem Einbezug der Eltern oder BZP-Arbeit mit	Vergleich KJHG-Therapie und Kassenpsychotherapie	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie

	Probleme in der Schule gibt, dann muss ich ja auch in der Kassenpraxis mit den Lehrern sprechen.	Lehrern.		
12/14	Also sehr bedarfsorientiert arbeitest du, sagst du?		Bedarfsorientierung	
12/14	Ja. Das weiß ich nicht, ob Kollegen das auch so machen. Aber eigentlich steht es ja auch in jedem noch so VT-Manual, dass man das so machen muss, deshalb muss ich sagen, in der Durchführung meiner Therapien kann ich jetzt sagen, gab es keinen Unterschied. Aber gerade so im multiprofessionellen Setting. Also ich habe es so erlebt, wenn es so lief, dass tatsächlich der Sachbearbeiter wohlwollend war, es noch einen Einzelfallhelfer gab. Dass dann wirklich auch eine Zusammenarbeit da war.	Therapeutin benennt in konkreter Durchführung von Therapie keine Unterschiede zwischen KJHG und Kassentherapie bzgl. Einbezug des Umfeldes. In KJHG war aber multiprofessionelles Setting, Zusammenarbeit mehr gegeben.	Vergleich KJHG-Therapie und Kassentherapie Multiprofessionalität	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
12/14	Wie genau sah die denn aus, die Zusammenarbeit? Hast du an Gesprächen teilgenommen, an HPG-Gesprächen?			
12/14	Ja, also je nachdem habe ich an den Gesprächen teilgenommen, hab aber auf jeden Fall auch Stellungnahmen geschrieben. Also es war auch wirklich eine Zusammenarbeit. Also was ich als besonders entlastend fand, war, dass ich auch Rücksprache halten konnte. Ich hatte eine Patientin, die kam über KJHG gesendet. Und da war der Verdacht auf häusliche Gewalt und ich konnte einfach Rücksprache halten mit der zugehörigen Ärztin vom KJPD. Da habe ich angerufen: "Hilfe, Hilfe, was mache ich jetzt?". Und dann wurde dann gemeinsam überlegt. Was können wir machen? Was sind die Schritte usw.. Und das fand ich enorm hilfreich, ein Team im Hintergrund zu haben.	Persönliche HPG-Teilnahme durch die Therapeutin oder Stellungnahmen an das Jugendamt. Therapeutin betont den Charakter von Zusammenarbeit im Team und Austausch mit anderen Helfern, welcher die Fachkraft entlastet z.B. in Fällen von KWG.	Teilnahme an HPG-gesprächen Entlastung durch Zusammenarbeit/ Austausch im Hilfenetzwerk	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
12/14	Also Multiprofessionalität ein Stück	Multiprofessionalität	Multiprofessi	

	weit als Entlastung und Hilfe?	als Arbeitsentlastung	onalität	
12/14	Ja, auf jeden Fall. Und es kommt natürlich auch ein bisschen auf den Jugendamtsmitarbeiter an. Aber auch da, die waren dankbar um Empfehlungen. Wenn ich gesagt habe, schön. Der Junge kommt auch nicht mehr zur Therapie, nützt auch nix. Was machen wir denn jetzt?	Expertise der Therapeutin wurde im Hilfeverlauf als gewichtig/ bedeutungsvoll erlebt.		Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
12/14	Ich bin nicht zu dem Jungen nach Hause gegangen, aber der kam dann auf einen richterlichen Beschluss in die Klinik vom Jugendamt aus dann. Weil die Mama das einfach verweigert hat. Aber auch auf einem guten kommunikativen Weg, finde ich.	Zwangseinweisung in akutem Fall auf richterlichen Beschluss und in Kommunikation mit dem ASD erfolgt.	Akute Notlagen	
12/15	Ja, das war so eine Frage noch. Was hat dich denn in deiner Arbeit mit den Kindern, Jugendlichen und Familien besonders unterstützt? Und jetzt sagst du so, die multiprofessionelle Zusammenarbeit war entlastend. Gab es noch etwas, wo du sagst, das war im Rahmen der KJHG-Therapie noch entlastend oder hat dich unterstützt?	Multiprofessionelle Zusammenarbeit als Entlastung der Therapeutin		Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
12/15	Auf jeden Fall, die waren schon im Jugendhilfesystem drin. Wenn wir also gesehen haben, Therapie reicht nicht und wenn wir ehrlich sind, reicht Therapie sehr oft nicht. Dann war es leichter noch anderweitige Hilfen zu installieren.	Anbindung der jungen Menschen an Jugendhilfesystem vor Therapiebeginn als entlastend für den Beantragungsprozess. Therapie reicht oft nicht!	Unterstützen der Elemente in der therapeutischen Arbeit	Bedeutung und Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk
12/15	Relativ schnell zu installieren?			
12/15	Also ich konnte dann im Prinzip zum Jugendamt sagen, das reicht nicht. Es braucht das und das. Und dann wurde das in der Regel auch umgesetzt oder geschaut, wie es umgesetzt werden kann. Oder auch wenn ich Eltern gesagt habe:	Anbindung kassenärztlicher Kinder und Jugendlicher an Jugendamt gestaltet sich sehr schwierig wegen der großen	Spannungsfelder	

	"Es bräuchte das und das.", dann war die Hemmschwelle zum Jugendamt zu gehen, schon einmal abgebaut. Weil die das schon als hilfreich erlebt haben. Wenn ich jetzt Kassenpatienten habe und merke, das reicht nicht, ich kriege die nicht zum Jugendamt. Also das funktioniert in den wenigsten Fällen, dass ich sage: "Wir bräuchten jetzt einen Familienhelfer. Bitte gehen Sie mal.". Das ist eher schwierig.	Hemmschelle und Ablehnung dem Jugendamt ggü.. Empfehlungen auf weitere Maßnahmen der Therapeutin für den jungen Menschen wurden in der Regel umgesetzt.	Austausch mit dem ASD	
12/16	Wie machst du es jetzt als Kassensitztherapeutin? Begleitest du auch bei einem HPG, wenn es ein Kind gibt, das wirklich auch in Jugendhilfe ist? Oder wie machst du es jetzt?			
12/16	Also ich mache das ungern, einfach weil das schlecht bezahlt ist und ich mir das nicht leisten kann, da durch ganz Berlin zu pendeln. Aber wenn es wirklich nötig ist, dann mache ich das auch. Also ich war jetzt kürzlich auch in einer Schulhelferkonferenz dabei, weil es wirklich wichtig war. Ich glaube, das macht ja jeder Therapeut ein bisschen anders. Es gibt auch welche, die sagen: "Ich fahre nirgendwo hin. Die Lehrer müssen dann zu mir kommen.". Ich erlebe es so, das schaffen Lehrer auch zeitlich gar nicht.	Hemmnisse zur Begleitung von wichtigen Gesprächen außerhalb des Therapieraums im Rahmen der Kassentherapie. Besonders schwierig wird dann Austausch mit Lehrern, da diese keine Kapazitäten für Termine in Praxis haben.	HPG-Teilnahme in Kassentherapie Vergleich KJHG-Therapie und Kassentherapie	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
12/16	Okay, also das was ich jetzt so verstanden habe, ist dass du tatsächlich auch durch die Flexibilität der KJHG-Therapie durch diesen Rahmen- auch mehr Bereitschaft als Therapeutin bringen kannst, multiprofessionell zu arbeiten? Weil es im kassenärztlichen System nicht bezahlt ist, nicht vorgesehen ist?	Mehr Flexibilität und Bereitschaft zur multiprofessionellen Arbeit in der KJHG-Therapie. Hemmnisse in der Kassentherapie diesbezüglich.	Flexibilität, Multiprofessionalität	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
12/16	Es ist nicht vorgesehen, ja!	Zeiten zur multiprofessionellen Arbeit in	Nachteil Kassentherapie	Vergleiche zwischen therapeutisc

		Kassensystem nicht vorgesehen laut Therapeutin.		hem Angebot des KJF und Kassentherapie
12/16	Und das ist ein Unterschied?			
12/16	Ja, das ist ein Unterschied. Aber ich glaube, das muss man als Therapeut auch mitbringen, wenn man das machen möchte. Ich glaube das wird schon auch erwartet (in der KJHG-Therapie), diese Zusammenarbeit.	Bereitschaft zur Zusammenarbeit als Grundvoraussetzung zur KJHG-Therapie.	Multiprofessionelle Arbeit	
12/16	Als KJHG-Therapeutin?			
12/16	Ja.			
12/17	Ah okay. Was würdest du sagen, wie flexibel gestaltete sich die Frequentierung der Stunden? Konntest du auch bei Expositionstherapien usw. in der KJHG-Therapie sagen: "So und diese Woche mache ich 3 Stunden."?			
12/17	Absolut flexibel. Viel flexibler als im Kassensystem.	Deutlich flexiblere Frequentierung der Stunden in der KJHG-Therapie möglich.	Flexibilität in Frequentierung der Stunden	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
12/17	Kannst du einmal sagen, wie ist das in der KJHG-Therapie und wie ist das jetzt in deiner Kassenärztlichen Arbeit?			
12/17	Auch da, nagel mich nicht drauf fest. Aber wenn ich jetzt in der Kassentherapie die Eltern sehe und dann noch...da gibt es immer so Begrenzungen, was ich an einem Tag abrechnen darf. In der KJHG-Therapie gibt es das nicht, weil ich im Monat so und so viele Fachleistungsstunden. Und da nagel mich nicht drauf fest, ob das so richtig war, aber was du da inhaltlich machst und wie du das machst und wie oft du die siehst,	Begrenzungen durch die KK bei der Frequentierung in Kassentherapien. Therapeutin ist bei der Gestaltung der Therapieinhalte und Frequentierung der Therapiestunden	Vergleich der Kassentherapie und KJHG-Therapie hinsichtlich Frequentierung und Flexibilität	

	da mischt sich keiner ein. Das ist in deiner freien Gestaltung von dem, was gerade der Bedarf ist und was ist realistisch möglich ist.	autark und kann bedarfsgerecht therapieren.		
12/18	Okay. Und was würdest du sagen hinsichtlich der Abdeckung akuter Bedarfe? Wie ist das in der KJHG-Therapie gewesen? Wie schnell konnten auch akute Bedarfe abgedeckt werden? Du hast gesagt, dieser Prozess hin zur Hilfeanbahnung hat schon auch mal lange gedauert, wenn sie nicht schon in der Jugendhilfe angebunden waren. Aber wenn sie das waren, wie lange hat dann so eine Therapieanbahnung gedauert?		Therapieanbahnung Deckung akuter Bedarfe	
12/18	Also es gibt die Möglichkeit, weiß jetzt nicht, wie es sich genannt hat. Ich glaube Akuttherapie zu machen. Dass sozusagen man ohne Bewilligung starten konnte. Das kam dann aber je nachdem von den Sachbearbeitern oder vom KJPD. Es wusste aber nicht jeder Sachbearbeiter, dass es das gibt. Es gibt da diese Regelung, dass es in der Theorie....Also der Weg ist ja: regionaler sozialer Dienst, KJPD-die empfehlen Therapie. Also dieser Weg muss gegangen worden sein. Also die müssen beim KJPD gewesen sein. Und wenn die dann sagen: "Oh ja, hier Patient suizidal. Kann jetzt nicht ein halbes Jahr warten, bis die Bewilligung durch ist.", dann war es möglich den akut auch schon einmal einzubestellen. Das war aber meiner Meinung ...also ich glaube diese Regel kannte nicht jeder Sachbearbeiter.	Abdeckung akuter Bedarfe in der KJHG-Therapie durch die sogenannte „Akuttherapie“ möglich. Nicht jedem Sachbearbeiter bekannt. Prozess der Hilfeanbahnung durchläuft viele Stellen. Vorstellung beim regionalen sozialen Dienst zuerst, danach Termin beim KJPD. KJPD schätzt Indikation für Therapie ein und kann Akuttherapie anregen.	Deckung akuter Bedarfe Prozess der Hilfeanbahnung	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und Kassentherapie
12/18	Ah okay. Das Jugendamt geht dann zum KJPD, oder gehst du dann als Therapeutin zum KJPD?			
12/18	Also wenn die sich vorstellen mit	KJPD und	Prozess der	

	einer psychischen Schwierigkeit, dann werden die zum KJPD geschickt. Also in Berlin kann der KJPD oder die Erziehungsberatungsstelle Therapie nach KJHG empfehlen. Ich hatte nur mit dem KJPD Zusammenarbeit. Mit einer Erziehungsberatungsstelle habe ich keine Erfahrung gemacht. Also das heißt,	Erziehungsberatungsstelle können in Berlin die Therapie empfehlen.	Hilfeanbahnung	
12/18	I.d.R. ruft man wohl beim Jugendamt an, sagt "Ich brauche einen Termin.", stellt sich vor, der Sachbearbeiter schätzt dann ein "Oho, da muss der KJPD drauf schauen.", dann haben die einen Termin da. Das sind Psychologen und Ärzte und Psychiater teilweise, die da sind und die schätzen dann ein. Von denen kommt dann, also die müssen empfehlen "Okay, ist KJHG-Therapie eine hilfreiche Intervention?". So ist eigentlich der Weg.	Einem Termin beim Jugendamt folgt ein Termin beim KJPD (Psychologen, Ärzte, Psychiater), welcher Therapieindikation einschätzt und dies an das Jugendamt zurückgibt.	Prozess der Hilfeanbahnung	
12/18	In der Regel, wie lange hat das gedauert, bis diese Hilfe angebahnt werden konnte? Nicht im Akutfall, sondern dann in der Regel.			
12/18	Zwischen 3 und 6 Monaten.	Recht lange Dauer einer Hilfeanbahnung in der KJHG-Therapie bei jungen Menschen, die noch nicht in Jugendhilfesystem sind.	Dauer der Hilfeanbahnung in KJHG-Therapie	Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe
12/18	Zwischen 3 und 6 Monaten. Und im Vergleich zur jetzigen Kassensitztherapie? Wie lange müssen Kinder und Jugendliche derzeit bei dir warten oder im Berliner Raum warten? Gibt es da einen Unterschied?			
12/18	Also der Unterschied ist der: Wenn jemand bei mir in der Praxis landet, dann startet die Therapie jetzt	In der Kassentherapie kann die Therapie ohne	Wartezeiten	

	<p>sofort und nicht, die landen hier und wir kümmern uns um die Bewilligung und sehen uns in 4 /5 Monaten. das ist jetzt schon in der Kassenpraxis das wahnsinnig Entlastende. Also wenn ich einen Platz habe, dann kann die Therapie ab dann starten. In der KJHG-Therapie war das eben nicht so. Da kam der Patient, hat sich vorgestellt und dann liefen die Mühlen an. Und dann hat das einfach 3/4/6 Monate gedauert.</p>	<p>größeren Bewilligungsprozess unmittelbar starten nach dem Erstgespräch.</p> <p>In der KJHG-Therapie hat die Therapeutin hingegen Erfahrungen mit langen Anbahnungsprozessen gemacht von über 3-4 Monaten nach dem Erstgespräch.</p>	<p>Entwicklungsbedarfe der KJHG-Therapie</p>	
12/18	<p>Also sind das auch noch Entwicklungsbedarfe, die du siehst bei der KJHG-Therapie- in der Beantragung?</p>			
12/18	<p>Also Berliner Verwaltungen mahlen langsam. Aber das ist tatsächlich kein Vorwurf, weil die überlastet sind. Das ist keine Böswilligkeit der Sachbearbeiterin, sondern das ist einfach aufgrund der generellen Überlastung.</p>	<p>Generelle Überlastung in Berliner Verwaltungen (Jugendamt) tragen zur Verlangsamung von Prozessen bei.</p>	<p>Spannungsfeld im Hilfeprozess</p>	<p>Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe</p>
12/18	<p>Aber siehst du das als Entwicklungsbedarf dieser KJHG-Therapie?</p>			
12/18	<p>Ja, definitiv. Das sind so viele Stellen. Also man braucht den Sachbearbeiter, man braucht jemanden vom KJPD und dann geht das noch an die Finanzabteilung. Man braucht im Prinzip 3 Stellen, die es bearbeiten. Denn von der Finanzabteilung geht es dann noch einmal zurück zum Sachbearbeiter und der gibt dann das "Go" und das dauert.</p>	<p>Entwicklungsbedarfe liegen in der Verkürzung der Anbahnungs- und Beantragungsprozesse.</p> <p>Bisher zu viele Stellen (3) und zu langandauernde Prozesse bis zur Bewilligung.</p>	<p>Entwicklungsbedarf der KJHG-Therapie</p>	<p>Hemmnisse, Spannungsfelder, Entwicklungsbedarfe</p>
12/18	<p>Okay, Sachbearbeiter beim Jugendamt meinst du?</p>			
12/18	<p>Ah, du bist gerade eingefroren (wegen schlechter</p>	<p>Unterbrechung wegen schlechter</p>		

	Internetverbindung).	Internetverbindung.		
12/18	Sachbearbeiterin beim Jugendamt meinstest du, richtig?			
12/18	Ja, genau.			
12/19	Was würdest du sagen, woran orientierte sich so die Dauer der Hilfen in der KJHG-Therapie?			
12/19	Ich hatte nie ein Problem, eine Verlängerung zu beantragen. Das war nie ein Problem. Es kommt glaube ich dann auf den Antrag an, ob man es gut begründen kann.	Verlängerungen der KJHG-Therapie ohne Weiters möglich mit guter Begründung.	Einflussparameter Therapiedauer	
12/19	Okay. Ist das im Vergleich zur kassenärztlichen Therapie ähnlich? Ist das wieder eine Gemeinsamkeit?			
12/19	Ja. Das ist ähnlich! Der Vorteil von KJHG-Therapie ist, dass die Kontingente auch größer sind je nachdem. Das ist dann schon der Vorteil. Also es ist dann nicht die 36Stunden-Langzeittherapie und wenn die durch ist "Pech gehabt". Wenn der Patient da war. Und dann auch zwei Stunden pro Woche da war und brauchen noch ein Jahr, dann kriegen die in der Regel auch noch ein Jahr. Das ist vielleicht auch noch einer der Vorteile, wie ich es erlebt habe. Da kann ich nur jetzt keine Statistik liefern.	Therapeutin sieht einen Vorteil in den höheren Kontingenten einer KJHG-Therapie im Gegensatz zu Kassen-Stundenkontingenten.	Therapiedauer/ Kontingente	
12/19	Ist überhaupt nicht nötig. Es geht eher darum, wie deine Sicht auf die KJHG-Therapie ist, auch im Gegensatz zur kassenärztlichen Therapie. Mir geht es vor allem darum, zu schauen, wie werden Kinder und Jugendliche aus der Jugendhilfe behandelt. Und das auch im kassenärztlichen System sowohl eben auch im KJHG-System.	Bemühungen zur erneuten Erklärung des Forschungsvorhabens, nämlich subjektive Sichtweisen und nicht Statistiken zu erfassen.		
12/20	Ja, im kassenärztlichen System kommen bei mir Jugendliche aus Jugendhilfeeinrichtungen an, aber nicht aus problematischen Familien. Die suchen nicht unbedingt selbst Unterstützung.	Arbeit mit Jugendlichen aus Jugendhilfeeinrichtungen in KJHG-Therapie.	Lebenslagen Therapiemotivation	Vergleiche zwischen therapeutischem Angebot des KJF und

		Wenig Therapiemotivation in problematischen Familien.		Kassenthera pie
12/20	Okay, und wie ist deine Erfahrung mit Kindern aus Jugendhilfeeinrichtungen in der Arbeit? Du sagtest, multiprofessionelle Zusammenarbeit ist ein wichtiger Wert.			
12/20	Also das kommt auf die Eigenmotivation des Jugendlichen an. Ich habe jetzt schon mehrfach Jugendliche dagehabt, vor allem Mädels, wo die Erzieherinnen sagen: "Die müsstest doch.", wo für die aber eigentlich der Zeitpunkt für Therapie nicht richtig war. Also die kamen dann und hatten nichts. Die sagten dann: "Ich komme super klar.". Das weiß man ja auch vom Trauma, die das im Prinzip so kompensiert, so weggeschlossen haben, dass sie eigentlich zu dem Zeitpunkt nichts damit zu tun haben wollten. Wo natürlich die Erzieherin gesagt haben: "Nach der Geschichte.". Und das waren schon mehrere. Wo aber klar war, das ist jetzt nicht der Zeitpunkt. Aber da ist dann ...im besten Falle haben die dann eine gute Erfahrung gemacht in der Zeit hier und kommen später wieder, wenn der Zeitpunkt ist. Das habe ich auch schon erlebt.	Traumatische Erfahrungen, die weggeschlossen sind beim jungen Menschen. Grundlegend für die Therapie (auch KJHG-Therapie) sind Therapiemotivation des und Mitwirkung des jungen Menschen. Einschätzung auf Therapiebedarf z.B. durch Betreuer reicht nicht aus zur therapeutischen Arbeit.	Problemlage Mitwirkung und Therapiemoti vation	Hemmnisse, Spannungsfel der, Entwicklungs bedarfe
12/20	Also die Mitwirkungsbereitschaft ist eigentlich das höchste Gut?			
12/20	Ja. Das nützt multiprofessionell auch nichts, wenn die Jugendlichen keinen Bock draufhaben. Dann nützt es nichts. Ansonsten ist dann die Erfahrung auch nicht anders, wenn sie einmal drin sind im System Ich glaube, es geht hier vor allem darum, Zugänge zu erleichtern. Bzw. jetzt in Zeiten von	Multiprofessionelle Arbeit macht ohne Mitwirkung des Patienten keinen Sinn. Im Zuge der KJHG-Therapie soll Kindern und	Mitwirkung der Patienten Therapiezugan g KJHG-	

	Therapieplatzmangel ist es natürlich auch ein Gewinn, noch mehr Plätze anbieten zu können.	Jugendlichen der Zugang zur Therapie erleichtert werden. Zudem verbreitert sie die Helfelandschaft und Kontingente.	Therapie	
12/20	Ah okay. Du meinst, es ist eine Verbreitung der Helfelandschaft in Berlin auf jeden Fall durch die KJHG-Therapie?			
12/20	Ja, auf jeden Fall.	Verbreiterung der therapeutischen Helfelandschaft durch KJHG-Plätze.	Potenziale der KJHG-Therapie	
12/21	Wirkt sich das aus auf die Wartezeiten in der Praxistherapeuten? Also dadurch sind die Wartezeiten bei Therapeuten in Berlin auch geringer?			
12/21	Also mir fehlen jetzt Statistiken, aber ich würde einfach behaupten "Nein.". Weil Berlin einfach wahnsinnig groß ist und einen wahnsinnig hohen Bedarf hat. Da kann ich dir jetzt keine Statistiken nennen.	Erweiterung der Versorgung in Berlin durch KJHG-Plätze hat aus Sicht der Therapeutin keinen Einfluss auf die allgemeinen Wartezeiten.	Wartezeiten	
12/21	Alles klar. Wie hoch sind die Wartezeiten gerade bei dir?			
12/21	Ich habe nicht so generelle Wartezeiten, muss ich gestehen. Ich habe die Praxis ja auch noch nicht so lange. Ich habe da noch nicht so den richtigen Weg gefunden. Weil ich eben doch erlebt habe, ich nehme auf die Warteliste auf, ich rufe 3/4 Monate danach an und die haben sehr wohl einen Platz gefunden. Und das ist für mich sehr zeitaufwendig. Deshalb bin ich davon ein bisschen weggekommen und habe da aber noch nicht den idealen Plan.	Anlegen und Pflege einer Warteliste ist sehr aufwendig für die Therapeutin. Patienten haben oft schon nach 3 bis 4 Monaten Therapieplatz gefunden in Berlin.	Wartezeit in der Kassentherapie	
12/21	Du suchst noch (lachen).			
12/21	Ich suche noch, genau (lachen).			
12/22	Okay. dann würde ich tatsächlich		Chancen und	

	gern eine zusammenfassende Frage stellen. Die besteht darin: Worin siehst du denn Chancen dieser KJHG-Therapie, um das zusammenzufassen, und worin siehst du Entwicklungspotenziale. Einiges haben wir schon angesprochen. Also Chancen erst einmal.		Entwicklungspotenziale der KJHG-Therapie	
12/22	Chancen sind auf jeden Fall, dass ein anderes Klientel Zugang zur Therapie bekommt, das so auf dem freien Markt...also wo die Eltern nicht in der Lage wären, für einen Therapieplatz zu kämpfen. Denn seien wir ehrlich, im Moment muss man kämpfen für einen Therapieplatz. Also das heißt, da bekommt schon nochmal ein anderes Klientel Zugang zur Therapie. Ein Gewinn ist in jedem Fall das Multiprofessionelle. Das ist ein wahnsinniger Gewinn, finde ich persönlich. Entwicklungsbedarf wäre natürlich eine Vereinfachung der Organisation bis zur Bewilligung. Da wüsste ich aber nicht, wie das gestaltet werden könnte. Halte ich noch für relativ unrealistisch, dass da eine Bewegung reinkommt.	Chancen aus Sicht der Therapeutin sind: Therapie für anderes Klientel (?) mit geringen Kompetenzen zur Organisation eines Therapieplatzes Multiprofessionalität aus persönlicher Perspektive ein Gewinn Entwicklungsbedarf: Vereinfachung des Bewilligungsprozess es wird aus derzeitiger Perspektive als unrealistisch eingeschätzt	Chancen der KJHG-Therapie Entwicklungsbedarfe	Vergleich des therapeutischen Angebotes des KJF und Kassentherapie Potenzial des therapeutischen Angebotes
12/22	Okay. So lange gibt es das KJHG-System ja noch gar nicht.			
12/22	Ja, ich finde eher, dass es wahnsinnig ist, dass Berlin das überhaupt anbietet. Das ist überhaupt keine Selbstverständlichkeit vom Jugendamt, gerade weil Berlin ja ansonsten relativ wenig finanzielle Ressourcen hat. Dass das überhaupt angeboten wird, finde ich schon eine ziemlich gute Sache.	Wertschätzung der Therapeutin ggü. der Finanzierung der KJHG-Therapie trotz knapper Ressourcen.	Spannungsfeld (Ressourcen)	
12/23	Okay. Wir sind schon am Ende des Interviews und ich danke dir ganz,	Es gibt Gemeinsamkeiten		Vergleich des therapeutisc

	<p>ganz sehr, dass du dir die Zeit genommen hast heute. Für mich war das noch einmal ganz wichtig, um wirklich auch noch einmal Unterschiede und Gemeinsamkeiten mitzunehmen dieser beiden Systeme. Und um so ein Stück weit einen Einblick zu bekommen, wie arbeitet denn eine KJHG-Therapeutin in Berlin ganz praktisch. Und ich habe noch einmal mitgenommen, dass es tatsächlich auch, das war mir nicht so klar, Gemeinsamkeiten gibt zwischen den beiden Systemen. Auch in der praktischen Umsetzung.</p>	<p>der beiden Systeme, auch in praktischer Umsetzung.</p>		<p>hen Angebotes des KJF und Kassenthera pie</p>
12/23	<p>Ja, also in der praktischen Umsetzung, sobald die Bewilligung da ist, gibt es bei mir in der Arbeit keinen Unterschied, ob da ein Privatpatient kam oder ein KJHG-Patient oder ein Kassenpatient kam. Also da wird die Therapie bedürfnisorientiert angepasst. Es wäre ja irgendwie auch fürchterlich, wenn ich einen Privatpatienten anders behandeln würde als einen KJHG-Patienten.</p>	<p>Patienten aus unterschiedlichen Systemen wird dieselbe Behandlung zuteil bei der Therapeutin. Gleichbehandlung</p>	<p>Therapeutische Haltung</p>	
12/23	<p>Ja, das ist so die Haltung zur Therapie, zur therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Also für mich war es noch einmal sehr, sehr hilfreich. Ich würde das Interview gern transkribieren, das dann auswerten. Und wenn du möchtest, dann würde ich dir natürlich auch gern die Masterarbeit am Ende zum Lesen zur Verfügung stellen, oder wenn dich das interessiert, dann können wir gern in Kontakt bleiben.</p>	<p>Einverständnis zur Transkription</p>		
12/23	<p>Genau. Und wenn du noch Fragen hast, einfach eine Email schicken.</p>	<p>Therapeutin stellt sich für weitere Fragen zur Verfügung.</p>		
12/23	<p>Danke, das mache ich.</p>			

12/23	Ich habe jetzt gerade eine Kollegin, die das auch eher so überbrückend gemacht hat bis zum Kassensitz. Mir fällt jetzt auch niemand ein, der das tatsächlich. Doch mir würde tatsächlich jemand einfallen, der das hauptsächlich macht, wenn du da noch Interviewpartner bräuchtest. Dann müsste man die anfragen. Denn das ist nämlich vielleicht auch noch ein Vorteil. Also die Kollegin über 50, die das ihr Leben lang macht, die hat nicht die Zugangsvoraussetzungen für das Approbationsstudium gehabt. Also das eröffnet da auch noch einmal einer anderen Berufsgruppe den Zugang.	KJHG-Therapie eröffnet therapeutisch ausgebildeten Kollegen ohne Approbation die Chance zur therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.	Professioneller Zugang zur KJHG-Therapie	
12/23	Was bedeutet das? Die Kollegin hat die Therapieausbildung zwar gemacht, hat aber die Approbation am Ende nicht gemacht?			
12/23	Nicht die Therapieausbildung. Die ist schon etwas älter und kommt noch aus der... bevor es diese Approbationsausbildung gab. Hat also glaube ich die Gesprächstherapie, eine nicht anerkannte von der Kassenärztlichen Vereinigung Ausbildung gemacht. Konnte aber trotzdem die KJHG-Therapie anbieten. Da müsstest du das aber mal recherchieren.	Ausübung der KJHG-Therapie durch Gesprächstherapeuten.	Professioneller Zugang zur KJHG-Therapie	
12/23	Es gibt auch Kolleginnen, die systemisch gearbeitet haben, bevor es anerkannt worden, die aber nicht die Approbation haben, die können trotzdem KJHG-Therapien anbieten.	Ausübung der KJHG-Therapie durch systemisch ausgebildete Therapeuten ohne Approbation.	Professioneller Zugang zur KJHG-Therapie	
12/23	Okay, da werde ich mich nochmal dahinterklemmen. Ich werde sonst Frau S.-B. noch einmal fragen.			
12/23	Ja genau. Wenn du noch eine Frage hast, bitte melden.			
12/23	Das mache ich. Ich danke dir auf jeden Fall für deine Zeit und hoffe,			

	du hast heute noch einen erfolgreichen Arbeitstag.			
12/23	Wir werden sehen (lachen).			

8.2. Die Interviewleitfäden

Leitfadengestütztes Experteninterview im Zuge der Masterthesis/ Interviewer: Christin Zobel

Leitfadeninterview:

Interview mit	
Datum	
Ort	Jugendamt Stadt Chemnitz, Bahnhofstraße 53, 09111 Chemnitz
Dauer	
Einwilligungserklärung	

1. Einstiegsfrage

Liebe Frau XY,

vielen Dank, dass Sie sich heute bereit erklärt haben, dieses Interview mit mir zu führen und damit meine Masterarbeit maßgeblich zu unterstützen.

Ich möchte Sie heute gern zum **Potenzial therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des KJHG am Chemnitzer Modell** befragen.

Ich weiß, dass Sie in dieses multimodale Hilfeangebot eingebunden sind. In welcher Rolle wirken Sie am therapeutischen Angebot des Heimverbundes des KJF e.V. mit?

2. Hauptteil

1. Welche Kinder haben Zugang zum therapeutischen Angebot des Heimverbundes des KJF e.V.?
2. In welchem Alter sind die Kinder und Jugendlichen?
3. Wie funktioniert die Hilfenbahnung und wie wird das therapeutische Angebot finanziert? (Sie können mir hierzu gern einen Hilfeverlauf exemplarisch beschreiben.)
4. Wie schnell kann eine Therapie starten und wie schnell können dringende Bedarfe in akuten Fällen abgedeckt werden?
5. Woran orientiert sich die Dauer der therapeutischen Hilfe?
6. Wie wirkt sich die therapeutische Arbeit Ihrer Meinung nach auf die Dauer der jeweiligen Hilfe und die Zielerreichung der im HPG vereinbarten Ziele aus?
7. Was unterstützt Sie als Fachkraft des ASD, eine gute Abstimmung zwischen den Hilfezielen und den Ressourcen des Kindes, des Jugendlichen und der Familie zu finden.
8. In welchen Lebenslagen befinden sich diese Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien?

Leitfadengestütztes Experteninterview im Zuge der Masterthesis/ Interviewer: Christin Zobel

9. Wie komplex gestalten sich die Hilfebedarfe der Kinder, Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen (Ursprungsfamilie/ WG/ Pflegefamilien etc.)?
10. Wir befinden uns im Bereich des KJHG, also in der Kinder- und Jugendhilfe. Hier findet sich der Begriff der Familienhilfe noch nicht explizit wieder. Welche Bedeutung hat die Eltern- bzw. Bezugspersonenarbeit im Kontext des therapeutischen Angebotes Ihrer Meinung nach?
11. Was bedeutet für Sie Netzwerkarbeit?
 - 11.1. Wie genau läuft der Fachaustausch zwischen Ihnen als ASD, dem Träger und der Therapeutin ab?
 - 11.2. Welche Bedeutung bemessen Sie dabei der Zusammenarbeit und dem Austausch zwischen ASD und Therapeutin bei?
 - 11.3. Ist die Therapeutin bei Hilfeplangesprächen dabei? Wenn ja, wie ist das für den ASD, dass die Therapeutin beim HPG dabei ist?
12. Wie läuft die Evaluation des therapeutischen Angebotes ab und was haben die bisherigen Evaluationen und Erfahrungen ergeben?
13. Wie groß schätzen Sie die Erfolgsquote einer Rückführung der Kinder und Jugendlichen ins Elternhaus ein?

3. Zusammenfassung und Rückblick

Wir nähern uns langsam dem Ende unseres Gesprächs. Zwei abschließende Fragen habe ich noch für Sie vorbereitet.

14. Was unterscheidet das therapeutische Angebot des Heimverbundes des KJF e.V. Ihrer Meinung nach maßgeblich von einem herkömmlichen psychotherapeutischen Angebot?
15. Zusammenfassend: Worin sehen Sie also die Chancen/ Potenziale aber auch den Entwicklungsbedarf des therapeutischen Angebotes im Rahmen des KJHG?

1. Ausblick

Im Zuge meiner Evaluationsstudie im Rahmen der Masterarbeit werde ich das durchgeführte Interview transkribieren und im Anschluss mittels qualitativer Inhaltsangabe nach Mayring auswerten.

Abbildung 1: Interviewleitfaden für die Befragung der ASD-Fachkräfte

Leitfadeninterview:

Interview mit	Heimleiter des Heimverbundes KJF e.V. /
Datum	
Ort	KJF e.V., Bernsdorfer Str. 135, 09126 Chemnitz
Dauer	
Einwilligungserklärung	

1. Einstiegsfrage

Lieber Herr XY,

vielen Dank, dass Sie sich heute bereit erklärt haben, dieses Interview mit mir zu führen und damit meine Masterarbeit maßgeblich zu unterstützen.

Ich möchte Sie heute gern zum **Potenzial therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des KJHG am Chemnitzer Modell** befragen.

Sie sind Heimleiter des Heimverbundes des KJF e.V. und gestalten dieses therapeutische Angebot mit. Wie kam es zur Entstehung dieses therapeutischen Angebotes? Bitte berichten Sie mir von den Anfängen.

2. Hauptteil

1. Wie lange besteht das Therapieangebot schon?
2. Gab es zwischenzeitlich grundlegende Veränderungen bei der Ausgestaltung des Angebotes? Wenn ja ..., weshalb wurden diese vorgenommen?
3. Welche Position nehmen Sie bei der Ausgestaltung des Therapieangebotes ein? (ggf. Organigramm)
4. Worin bestehen Ihre Aufgaben konkret?
5. Welche Kinder haben Zugang zum therapeutischen Angebot des Heimverbundes des KJF e.V.?
6. Wie viele Therapieplätze werden insgesamt bereitgestellt?
7. Wie hoch ist der Bedarf, der durch die Jugendämter oder andere Institutionen an Sie herangetragen wird?
8. Wie genau funktioniert die Finanzierung des therapeutischen Angebotes? Wie hoch ist der Kostensatz pro Therapieplatz pro Monat?
9. Ich habe verstanden, dass der Kostensatz für das Therapieangebot allein mit dem Jugendamt Chemnitz ausgehandelt wurde. Gibt es auch Anfragen von auswärtigen

Jugendämtern? Wenn ja ..., wie verhält sich die Finanzierung des Therapieplatzes für diese Kinder und Jugendlichen?

10. In welchen Lebenslagen befinden sich diese Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien?
11. Wie schnell kann eine Therapie starten und wie schnell können dringende Bedarfe in akuten Fällen abgedeckt werden?
12. Worauf orientiert sich die Dauer der therapeutischen Hilfe?
13. Wie wirkt sich die therapeutische Arbeit Ihrer Meinung nach auf die Dauer der jeweiligen Hilfe und die Zielerreichung der im HPG vereinbarten Ziele aus?
14. Wir befinden uns im Bereich des KJHG, also in der Kinder- und Jugendhilfe. Hier findet sich der Begriff der Familienhilfe noch nicht explizit wieder. Welche Bedeutung hat die Eltern- bzw. Bezugspersonenarbeit im Kontext des therapeutischen Angebotes Ihrer Meinung nach?
15. Was bedeutet für Sie Netzwerkarbeit?
 - 15.1. Wie genau läuft der Fachaustausch zwischen Ihnen, der Therapeutin, Kollegen und dem ASD ab?
 - 15.2. Welche Bedeutung bemessen Sie dabei der Zusammenarbeit zwischen Ihnen, der Therapeutin und den Mitarbeitern der Wohngruppen bei?
 - 15.3. Sind Sie bei Hilfeplangesprächen dabei? Wenn ja ..., welche Vor- und Nachteile hat es für Sie, an den HPG teilzunehmen? Wenn nein ..., weshalb nicht?
16. Wie läuft die Evaluation des therapeutischen Angebotes ab und was haben die bisherigen Evaluationen und Erfahrungen ergeben?
17. Wie groß schätzen Sie die Erfolgsquote einer Rückführung der Kinder und Jugendlichen ins Elternhaus ein?
18. Was unterscheidet Ihr therapeutische Angebot Ihrer Meinung nach maßgeblich von einem herkömmlichen psychotherapeutischen Angebot?

1. Zusammenfassung und Rückblick

1. Wir nähern uns langsam dem Ende unseres Gesprächs. Eine abschließende Frage hat ich noch für Sie vorbereitet.

➔ Zusammenfassend: Worin sehen Sie also die **Chancen/ Potenziale** aber auch den **Entwicklungsbedarf** Ihres therapeutischen Angebotes im Rahmen des KJHG?

➔ Gibt es etwas, was Sie sich für die Entwicklung der allgemeinen Hilfelandschaft im Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und auch im Bereich der Therapie noch wünschen würden?

2. Ich nehme aus dem Interview mit, dass...:
3. Ich danke Ihnen für Ihre Zeit, die Sie sich für das Interview genommen haben.

4. Ausblick

Im Zuge meiner Evaluationsstudie im Rahmen der Masterarbeit werde ich das durchgeführte Interview transkribieren und im Anschluss mittels qualitativer Inhaltsangabe nach Mayring auswerten.

Abbildung 2: Interviewleitfaden für die Befragung der Heimleitung des KJF e.V.

Leitfadeninterview:

Interview mit	Therapeutin des Heimverbundes KJF e.V.
Datum	
Ort	KJF e.V., Augustusbürger Str. 35, 09111 Chemnitz
Dauer	
Einwilligungserklärung	

1. Einstiegfrage

Liebe Frau XY,

vielen Dank, dass Sie sich heute bereit erklärt haben, dieses Interview mit mir zu führen und damit meine Masterarbeit maßgeblich zu unterstützen.

Ich möchte Sie heute gern zum **Potenzial therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des KJHG am Chemnitzer Modell** befragen.

Sie sind Therapeutin des Heimverbundes des KJF e.V. und gestalten dieses therapeutische Angebot maßgebend mit. Wie kann es zur Entstehung dieses therapeutischen Angebotes? Bitte berichten Sie mir von den Anfängen.

2. Hauptteil

1. Welche Kinder haben Zugang zum therapeutischen Angebot des Heimverbundes des KJF e.V.?
2. In welchem Alter sind die Kinder und Jugendlichen, die in Ihre Therapie kommen?
3. Wie oft kommen die Kinder und Jugendlichen zu Ihnen? Welchen zeitlichen Umfang umfasst eine Therapiestunde?
4. In welchen Lebenslagen befinden sich diese Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien?
5. Welche Störungsbilder bringen die Kinder und Jugendlichen mit?
6. Wie genau klassifizieren bzw. diagnostizieren Sie (ICD-10/ Standardfragebögen/ projektive Verfahren etc.)?
7. Wie dokumentieren Sie?
8. Werden Zwischenberichte, Gutachten oder Abschlussberichte von Ihnen verfasst? Wenn ja, ..., an wen gehen diese?
9. Wie funktioniert die Hilfenabholung und wie wird das therapeutische Angebot finanziert? (Sie können mir hierzu gern einen Hilfeverlauf exemplarisch beschreiben.)

10. Von wem und wofür genau werden Ihnen im Zuge des therapeutischen Angebotes finanzielle Mittel bereitgestellt? Reichen diese aus?
11. Wie schnell kann eine Therapie starten und wie schnell können dringende Bedarfe in akuten Fällen abgedeckt werden? Was unterscheidet Ihr Therapieangebot dabei von herkömmlichen Therapieangeboten mit Kassensitz?
12. Woran orientiert sich die Dauer der therapeutischen Hilfe?
13. Wie wirkt sich die therapeutische Arbeit Ihrer Meinung nach auf die Dauer der jeweiligen Hilfe und die Zielerreichung der im HPG vereinbarten Ziele aus?
14. Was unterstützt Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit mit den Kindern, den Jugendlichen sowie deren Familien besonders?
15. Wir befinden uns im Bereich des KJHG, also in der Kinder- und Jugendhilfe. Hier findet sich der Begriff der Familienhilfe noch nicht explizit wieder. Welche Bedeutung hat die Eltern- bzw. Bezugspersonenarbeit im Kontext Ihrer therapeutischen Arbeit für Sie?
16. Wie flexibel sind Sie bei der Frequentierung und Gestaltung der Bezugspersonenstunden und Patientenstunden?
17. Was bedeutet für Sie Netzwerkarbeit?
 - 17.1. Wie genau läuft der Austausch zwischen Ihnen als Therapeutin, dem Träger (Kollege) und dem ASD ab?
 - 17.2. Welche Bedeutung bemessen Sie dabei der Zusammenarbeit und dem Austausch zwischen Ihnen, Ihren Kollegen und dem ASD bei?
 - 17.3. Sind Sie bei Hilfeplangesprächen dabei? Wenn ja, ..., welche Vor- und Nachteile hat es für Sie, an den HPG teilzunehmen?
18. Wie läuft die Evaluation des therapeutischen Angebotes ab und was haben die bisherigen Evaluationen und Erfahrungen ergeben?
19. Wie groß schätzen Sie die Erfolgsquote einer Rückführung der Kinder und Jugendlichen ins Elternhaus ein?
20. Was unterscheidet Ihr therapeutische Angebot Ihrer Meinung nach maßgeblich von einem herkömmlichen psychotherapeutischen Angebot? (Klientel- Komplexität der Störungen)
21. Zusammenfassend: Worin sehen Sie also die Chancen/ Potenziale aber auch den Entwicklungsbedarf Ihres therapeutischen Angebotes im Rahmen des KJHG?

1. Zusammenfassung und Rückblick

1. Wir nähern uns langsam dem Ende unseres Gesprächs. Eine abschließende Frage habe ich noch für Sie vorbereitet.
→ Gibt es etwas, was Sie sich für Ihre therapeutische Arbeit oder die gesamte therapeutische Hilfelandschaft noch wünschen würden?
2. Ich nehme aus dem Interview mit, dass, ...?
3. Ich danke Ihnen für Ihre Zeit, die Sie sich für das Interview genommen haben.

4. Ausblick

Im Zuge meiner Evaluationsstudie im Rahmen der Masterarbeit werde ich das durchgeführte Interview transkribieren und im Anschluss mittels qualitativer Inhaltsangabe nach Mayring auswerten.

Abbildung 3: Interviewleitfaden für die Befragung der Therapeutin des Heimverbundes des KJF e.V.

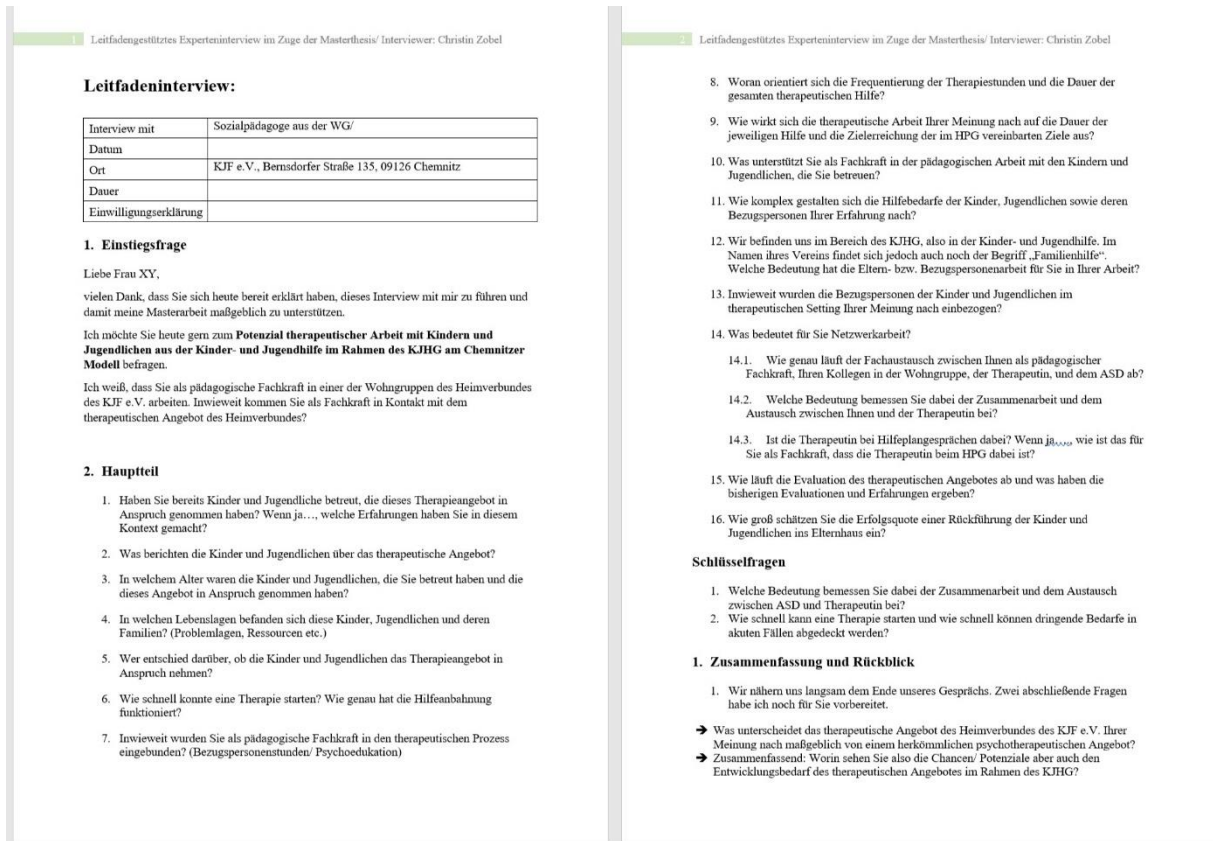


Abbildung 4: Interviewleitfaden für die Befragung der Pädagogen aus den Wohngruppen im KJF e.V.

Leitfadeninterview:

Interview mit	
Datum	
Ort	KJF e.V., Augustusburger Str. 35, 09111 Chemnitz
Dauer	
Einwilligungserklärung	

1. Einstiegsfrage

Liebe Frau XY,

vielen Dank, dass Sie sich heute bereit erklärt haben, dieses Interview mit mir zu führen und damit meine Masterarbeit maßgeblich zu unterstützen.

Ich möchte Sie heute gern zum **Potenzial therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des KJHG am Chemnitzer Modell** befragen.

Sie sind Mutter einer Patientin, kennen das therapeutische Angebot und sind eingebunden in den therapeutischen Prozess Ihres Kindes. Können Sie mir berichten, wie lange Ihre Tochter/ Ihr Sohn und Sie bereits in der Therapie sind?

2. Hauptteil

1. Was hat Ihre Tochter damals in die Therapie geführt? Welche Auffälligkeiten gab es?
2. Wie geht es Ihrer Tochter heute, d.h. was hat sich verändert seit Beginn der Therapie?
3. Wer hatte die Idee zur Therapie? Wer hat Ihre Tochter zur Therapie gebracht?
4. Wie lange mussten Sie damals warten auf die Therapie Ihrer Tochter?
5. Gab es im Vorfeld bereits andere Therapieversuche?
6. Inwieweit unterscheidet sich das Therapieangebot vom KJF von ambulanten Angeboten Ihrer Meinung nach?
7. Weshalb haben Sie sich für die Therapie bei dem KJF entschieden und nicht für eine ambulante Therapie?
8. In welchem Alter ist Ihre Tochter in die Therapie gekommen?
9. Wie oft kommt Ihre Tochter in die Therapie? Welchen zeitlichen Rahmen umfasst eine Therapiestunde (fest/ flexibel)?
10. Wie werden Sie im Rahmen der Bezugspersonenarbeit in die Therapie Ihrer Tochter eingebunden?

11. Wer aus dem Bezugssystem Ihrer Tochter wurde noch in die Therapie eingebunden? Und in welcher Art und Weise? (HPG, Familiengespräche, Arbeit mit WG)
12. Wie schätzen Sie die Notwendigkeit der Arbeit mit Netzwerken für den Erfolg der Therapie Ihrer Tochter ein?
13. Wie erfolgt die Zusammenarbeit zwischen Ihnen, der Therapeutin, der Wohngruppe und dem Jugendamt? Wer wurde in die Hilfeplangespräche einbezogen?
14. Woran orientiert sich die Dauer der therapeutischen Hilfe für Ihre Tochter?
15. Wann gibt es Bezugspersonenstunden im laufenden Therapieprozess Ihrer Tochter?
16. Inwieweit fühlen Sie sich als Mutter in Hinblick auf Perspektiven für Ihr Kind gut einbezogen im Therapieprozess Ihrer Tochter?
17. Wie werden Sie in die Bewertung und Auswertung der Therapie eingebunden? Dürfen Sie beispielsweise Wünsche äußern und werden diese berücksichtigt?
18. Ist eine Rückführung Ihres Kindes in den elterlichen Haushalt geplant? Und können Sie mir darüber etwas berichten?

Schlüsselfragen

19. Weshalb haben Sie sich für die Therapie bei dem KJF entschieden und nicht für eine ambulante Therapie?
20. Wie schätzen Sie die Notwendigkeit der Arbeit mit Netzwerken für den Erfolg der Therapie Ihrer Tochter ein?

1. Zusammenfassung und Rückblick

1. Wir nähern uns langsam dem Ende unseres Gesprächs. Eine abschließende Frage habe ich noch für Sie vorbereitet.
➔ Gibt es etwas, was aus Ihrer Sicht noch verbessert werden könnte für die Therapie Ihrer Tochter?
2. Ich nehme aus dem Interview mit, dass...:
3. Ich danke Ihnen für Ihre Zeit, die Sie sich für das Interview genommen haben.

4. Ausblick

Im Zuge meiner Evaluationsstudie im Rahmen der Masterarbeit werde ich das durchgeführte Interview transkribieren und im Anschluss mittels qualitativer Inhaltsangabe nach Mayring auswerten.

Abbildung 5: Interviewleitfaden für die Befragung der Elternteile als Bezugsperson

Leitfadeninterview:

Interview mit	
Datum	
Ort	KJF e.V., Augustusburger Str. 35, 09111 Chemnitz
Dauer	
Einwilligungserklärung	

1. Einstiegsfrage

Lieber XY,

vielen Dank, dass du dich heute bereit erklärt hast, dieses Interview mit mir zu führen und damit meine Masterarbeit maßgeblich zu unterstützen.

Ich möchte dich heute gern zum **Potenzial therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des KJHG am Chemnitzer Modell** befragen.

Du bist Patient beim therapeutischen Angebot vom KJF. Kannst du mir sagen, wie alt du damals warst, als du die Therapie begonnen hast?

2. Hauptteil

1. Weshalb bist du damals in die Therapie gegangen? (Auffälligkeiten)
2. Wer hatte die Idee zur Therapie?
3. Wie lange musstest du damals auf die Therapie warten?
4. Wie lange bist du bereits in Therapie?
5. Wie oft kommst du in die Therapie und wie lange dauert eine Therapiestunde?
6. Kannst du mir einmal erzählen, was ihr in so einer Therapiestunde macht?
7. Wie geht es dir heute, d.h. was hat sich verändert seit Beginn der Therapie?
8. Gab es im Vorfeld bereits andere Therapieversuche oder Klinikaufenthalte?
9. Wenn ja, was war in den vorangegangenen Therapien anders?
10. Weshalb hast du dich für die Therapie beim KJF entschieden und nicht für eine andere ambulante Therapie?
11. Welche Personen außer dir werden noch in deine Therapie eingebunden/ eingeladen?
12. Wie findest du das? (notwendig/ gut/ komisch)

13. Wird das mit dir vorher abgesprochen?
14. Gibt es auch gemeinsame Termine mit dir und den anderen Beteiligten?
15. Was denkst du, wie deine Therapeutin mit den anderen Beteiligten zusammenarbeitet?
16. Wer ist beim Hilfeplangespräch beteiligt und darf die Ziele mitgestalten?
17. Wer bestimmt, wie lange du die Therapie besuchst?
18. Inwieweit fühlst du dich mit deinen Wünschen und Meinungen beachtet und gehört in der Therapie?
19. Wo wirst du perspektivisch wohnen, d.h. wirst du wieder zu deinen Eltern zurückziehen?

1. Zusammenfassung und Rückblick

1. Wir nähern uns langsam dem Ende unseres Gesprächs. Eine abschließende Frage habe ich noch für Sie vorbereitet.
➔ Gibt es etwas, was du dir noch wünschen würdest für die Therapie oder was du anders haben möchtest?
2. Ich nehme aus dem Interview mit, dass...:
3. Ich danke Ihnen für deine Zeit, die Sie sich für das Interview genommen haben.

4. Ausblick

Im Zuge meiner Evaluationsstudie im Rahmen der Masterarbeit werde ich das durchgeführte Interview transkribieren und im Anschluss mittels qualitativer Inhaltsangabe nach Mayring auswerten.

Abbildung 6: Interviewleitfaden für die Befragung des jungen Menschen (Patienten)

Leitfadenterview:

Interview mit	KJHG-Therapeutin
Datum	
Ort	Online über Red Connect
Dauer	
Einwilligungserklärung	

1. Einstiegsfrage

Liebe Frau XY,

vielen Dank, dass Sie sich heute bereit erklärt haben, dieses Interview mit mir zu führen und damit meine Masterarbeit maßgeblich zu unterstützen.

Ich möchte Sie heute gern zum **Potenzial therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des KJHG** befragen.

2. Hauptteil

1. In welchem Kontext arbeiten Sie psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen?
2. Wie sind Sie zur psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien im Rahmen des KJHG gekommen?
3. Welche Kinder haben Zugang zur KJHG-Therapie?
4. In welchem Alter sind die Kinder und Jugendlichen, die eine KJHG-Therapie in Anspruch nehmen?
5. Wie oft kommen die Kinder und Jugendlichen zu Ihnen? Welchen zeitlichen Umfang umfasst eine Therapiestunde?
6. In welchen Lebenslagen befinden sich diese Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien? Können Sie Abgrenzungskriterien zu Kindern und Jugendlichen benennen, welche eine Richtlinienpsychotherapie nach dem SGB V in Anspruch nehmen?
7. Welche Störungsbilder und welche Therapiebedarfe bringen die Kinder und Jugendlichen mit?
8. Wie genau klassifizieren bzw. diagnostizieren Sie (ICD-10/ Standardfragebögen/ projektive Verfahren etc.)?
9. Wie dokumentieren Sie?
10. Werden Zwischenberichte, Gutachten oder Abschlussberichte von Ihnen verfasst? Wenn ja..., an wen gehen diese?

11. Wie funktioniert die Hilfebezahlung und wie wird das therapeutische Angebot im Rahmen des KJHG finanziert? (Sie können mir hierzu gern einen Hilfeverlauf exemplarisch beschreiben.)
12. Wie schnell kann eine Therapie starten und wie schnell können dringende Bedarfe in akuten Fällen abgedeckt werden? Was unterscheidet die KJHG-Therapie dabei von herkömmlichen, psychotherapeutischen Angeboten?
13. Woran orientiert sich die Dauer der therapeutischen Hilfe?
14. In welchem Zusammenhang stehen die therapeutischen Ziele des jungen Menschen mit pädagogischen Zielen innerhalb des gesamten Hilfeplanungsprozesses (HPG)?
15. Was unterstützt Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit mit den Kindern, den Jugendlichen sowie deren Familien besonders? (SV, multiprofessionelle Arbeit etc.)
16. Wir befinden uns im Bereich des KJHG, also in der Kinder- und Jugendhilfe. Hier findet sich der Begriff der Familienhilfe noch nicht explizit wieder. Welche Bedeutung hat die Eltern- bzw. Bezugspersonenarbeit im Kontext Ihrer therapeutischen Arbeit für Sie?
17. Wie flexibel sind Sie bei der Frequentierung und Gestaltung der Bezugspersonenstunden und Patientenstunden?
18. Was bedeutet für Sie Netzwerkarbeit?
 - 18.1. Wie genau läuft der Austausch zwischen Ihnen als Therapeutin, dem ASD und anderen pädagogischen Fachkräften (Lehrer, Familienhelfer, Erziehungsbeistände) ab?
 - 18.2. Sind Sie bei Hilfeplangesprächen dabei? Wenn ja..., welche Vor- und Nachteile hat es für Sie, an den HPG teilzunehmen?
19. Was unterscheidet Ihr therapeutische Angebot Ihrer Meinung nach maßgeblich von einem herkömmlichen psychotherapeutischen Angebot? (Klientel- Komplexität der Störungen)
20. Zusammenfassend: Worin sehen Sie also die Chancen aber auch den Entwicklungsbedarf der KJHG-Therapie?

1. Ausblick

Im Zuge meiner Evaluationsstudie im Rahmen der Masterarbeit werde ich das durchgeführte Interview transkribieren und im Anschluss mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring auswerten.

Abbildung 7: Interviewleitfaden für die Befragung einer ehemaligen KJHG- und jetzigen Kassentherapeutin in Berlin

Einwilligungserklärung Interview

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Nutzung der personenbezogenen Daten, die im Rahmen des folgenden Gesprächs erhoben wurden:

- Datum des Interviews:
- Namen der interviewenden Person:
- Kurzbeschreibung des Forschungsprojekts: *Evaluationsstudie zum Potenzial therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des KJHG am Chemnitz-er Modell*
- Durchführende Hochschule: Hochschule Mittweida
- Leiter*in des Projekts: Christin Zobel

Die Daten werden im Rahmen eines mündlichen Gesprächs erhoben, das mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wurde. Zum Zwecke der Datenanalyse werden die mündlich erhobenen Daten verschriftlicht (Transkription), wobei die Daten anonymisiert werden. Eine Identifizierung der interviewten Person ist somit ausgeschlossen.

Kontaktinformationen, die eine Identifizierung der interviewten Person zu einem späteren Zeitpunkt ermöglichen würden, werden aus Dokumentationsgründen in einem separaten Schriftstück lediglich den Gutachter*innen der wissenschaftlichen Ausarbeitung zur Verfügung gestellt. Nach dem Abschluss des Projekts werden diese Daten gelöscht.

Der Speicherung der personenbezogenen Daten zu Dokumentationszwecken kann durch die interviewte Person jederzeit widersprochen werden. Die Teilnahme an dem Gespräch erfolgt freiwillig. Das Gespräch kann zu jedem Zeitpunkt abgebrochen werden. Das Einverständnis zur Aufzeichnung und Weiterverwendung der Daten kann jederzeit widerrufen werden.

Vorname und Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Datum, Ort

Abbildung 8: Einwilligungserklärung, welche von jedem Befragten oder dessen Erziehungsberechtigten unterschrieben worden ist.

Eidesstattliche Erklärung

Christin Zobel, geb. am 23.09.1993 in Chemnitz

Ich versichere hiermit, dass ich diese Masterthesis mit dem Titel *„Evaluationsstudie zum Potenzial therapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des KJHG am Chemnitzer Modell“* selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe, und dass ich alle von anderen Autoren wörtlich übernommenen Stellen wie auch die sich an die Gedankengänge anderer Autoren enganliegenden Ausführungen meiner Arbeit besonders gekennzeichnet und die Quellen zitiert habe.

Hamburg, den _____

Unterschrift: _____