

Interinstitutionelle Kooperation der Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie – Eine empirische Untersuchung

Interinstitutional cooperation between youth welfare services, child and adolescent psychiatry and adult psychiatry – an empirical study



Autorinnen/Autoren

Fabian Klein¹ , Julia Möllerherm¹, Martin Holtmann², Klaus-Thomas Kronmüller¹

Institute

- 1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LWL-Klinikum Gütersloh, Gütersloh
- 2 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum, Hamm

Schlüsselwörter

Familienorientierung, Kinder psychisch kranker Eltern, Kooperation

Key words

Family orientation, children of mentally ill parents, cooperation

eingereicht 13.10.2022

akzeptiert 11.05.2023

online publiziert 24.07.2023

Bibliografie

Psychiatr Prax 2023; 50: 415–423

DOI 10.1055/a-2117-9720

ISSN 0303-4259

© 2023. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Fabian Klein
LWL-Klinikum Gütersloh
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Buxelstraße 50
33334 Gütersloh
Deutschland
fabian.klein@lwl.org

ZUSAMMENFASSUNG

Hilfen für Familien mit einem psychisch erkrankten Mitglied werden in Deutschland durch ein Konglomerat verschiedenster Hilfesysteme angeboten. Um die Vernetzung und Kooperation dieser interinstitutionellen Hilfesysteme zu verbessern ist es wichtig, ein vertieftes Verständnis über die bestehenden Kooperationsstrukturen zu erlangen. Vor diesem Hintergrund wurden unterschiedliche qualitative und quantitative Aspekte mittels eines Fragebogens bei Teilnehmenden aus verschiedenen Hilfesystemen erhoben und analysiert. Die Ergebnisse weisen insbesondere auf die aktuell bestehende Sonderrolle der Erwachsenenpsychiatrie hin.

ABSTRACT

Family support in Germany is provided by a conglomerate of different support systems. In order to optimize the networking and cooperation of these inter-institutional support systems, it is important to gain a deeper understanding of the existing cooperation structures. Against this background, different qualitative and quantitative aspects were surveyed and analyzed by means of a questionnaire among participants from different help systems. The results point in particular to the currently existing special role of adult psychiatry.

Einleitung

Das deutsche Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen bietet in seiner Gesamtheit eine Vielzahl unterschiedlicher Hilfesysteme, welche Familien mit psychischen Belastungen und/oder Erkrankungen im Bereich der Prävention, der Akutbehandlung sowie der Nachsorge unterstützen sollen.

In Fällen, bei denen einzelne Mitglieder der Familie mehr oder weniger abgrenzbare Problemstellungen aufweisen, sind die zu aktivierenden Strukturen zumeist relativ klar. Andererseits ergibt sich für Familien, in denen mehrere Familienmitglieder erkrankt und/oder belastet sind, eine komplexere Herausforderung. Einerseits ist anzunehmen, dass die familieninternen Kommunikations- und Unterstützungsmöglichkeiten in solchen Fällen oftmals an ihre Grenzen geraten. Auf der anderen Seite ergeben sich vielfältige potentielle Ansatzpunkte für Institutionen verschiedener Hilfesysteme (z. B. Beratungsstellen, Schulsozialarbeit, ambulante Psychotherapie, Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, freie und öffentliche Jugendhilfe). Um effektive Hilfen gestalten und Familien nachhaltig unterstützen zu können, bedarf es einer abgestimmten, transprofessionellen Kooperation über verschiedene Institutionen und Fachkräfte hinweg [1]. Für betroffene Familien ist es zudem wichtig, dass sie in Krisenzeiten die Orientierung im „Dschungel“ der Hilfsangebote nicht verlieren und dass sie auch nach Abschluss einzelner Interventionen bei Bedarf weiter begleitet werden, um eine anhaltende Stabilisierung des Familiensystems zu begünstigen.

Der Bedarf an multiprofessioneller Kooperation ist seit geraumer Zeit eine weit verbreitete Erkenntnis. Studien belegen, dass die Kooperationshäufigkeit, gerade in Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe, in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat [2]. Gleichwohl zeigen die Erfahrungen aus der Praxis, dass interinstitutionelle Kooperationen häufig auf persönlichen Kontakten beruhen, auf Einzelfälle beschränkt sind oder dass die beruflichen Rahmenbedingungen als einschränkend für die Kooperation erlebt werden. Die Qualität der Kooperation im Gesundheitswesen wird häufig als schlecht bewertet [3]. Systematische Ansätze zum Erlernen professioneller Kooperation sind noch nicht regelhaft etabliert [4].

Als mögliche Gründe für Kooperationschwierigkeiten werden beispielsweise unterschiedliche Rahmenbedingungen der eigenen Arbeit, unterschiedliche Schwerpunktsetzungen und Aufträge, unterschiedliche Haltungen zu Diagnostik/Fallverstehen, fundamentale Unterschiede bei Behandlungskonzepten (z. B. Ressourcen- versus Defizitorientierung) und -methoden [5–7] oder fehlende Kenntnis der jeweiligen Handlungslogiken der anderen Systeme [8, 9] benannt. Wenig Verständnis über die jeweils anderen Begriffssysteme und mangelnde Kenntnisse über die fachlichen, organisatorischen und rechtlichen Arbeitsgrundlagen der jeweils anderen Institutionen können zu Intransparenz und der Stärkung von gegenseitigen Vorurteilen führen [10]. Auch auf Seiten der Eltern können Scham, die Angst vor familienrechtlichen Konsequenzen, ein negatives Bild von Jugendhilfemaßnahmen oder ein fehlender Blick für Zusammenhänge von Auffälligkeiten der Kinder mit der eigenen Problematik die Kooperation zwischen Hilfesystemen erschweren [11–13].

Trotz ihrer zentralen Bedeutung für die Praxis gibt es bis heute relativ wenige empirische Studien, die die Kooperationsbeziehungen sowie potentielle Kooperationsfördernisse und -hemmnisse

systematisch untersuchen. Auffällig ist zudem, dass sich die Auseinandersetzung mit dem Thema „Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem“ häufig auf die Kooperation zwischen den Akteuren beschränkt, die sich aktiv (direkt) um das Wohlbefinden und den Schutz der Kinder bzw. Jugendlichen kümmern. Auch wenn dies zunächst naheliegend erscheint, so ergibt sich aus einer familienmedizinisch-systemischen Betrachtungsweise ein erweitertes Handlungsfeld. Nimmt man die ganze Familie als System wahr und geht von wechselseitigen Einflüssen der einzelnen Familienmitglieder aufeinander aus, müssen bei Hilfeprozessen für komplexe Problemstellungen mit mehreren belasteten oder erkrankten Familienmitgliedern auch Institutionen berücksichtigt werden, welche sich in ihrer Ausrichtung traditionell vorrangig auf Erwachsene fokussieren. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass über verschiedene Behandlungssettings hinweg ungefähr 25 % aller Patient:innen minderjährige Kinder haben [14]. Gleichzeitig gibt es viele Studien, die ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Kinder psychisch kranker Eltern aufzeigen [15, 16]. Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie gibt es folgerichtig Bestrebungen, die Rolle der Angehörigen stärker in den Blick zu nehmen [17]. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass der familienmedizinische Interventionsbedarf innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie weiterhin nur unzureichend erfasst wird [18] und dass es auch bei Bekanntwerden von Belastungen bei Kindern von Patient:innen Schwierigkeiten dabei gibt, intra- oder interinstitutionell Hilfen für ebendiese zu installieren [19]. Glücklicherweise sind in den letzten Jahren Forschungsprojekte entstanden, die auf das Familiensystem abgestimmte Behandlungsansätze fördern wollen [20].

Neben der beschriebenen wechselseitigen Beeinflussung der psychischen Erkrankungswahrscheinlichkeit innerhalb von Familiensystemen gibt es im Kontext interinstitutioneller Kooperation eine weitere zentrale Herausforderung, welche in den vergangenen Jahren immer stärker in den Fokus gerückt wurde und mit dem Begriff der Transitionspsychiatrie beschrieben wird [21, 22]. Hierbei geht es um die Frage, wie der Wechsel zwischen den Behandlungssystemen der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie für erkrankte Kinder und Jugendliche möglichst passgenau und reibungslos gestaltet werden kann. Bisher scheint es nur selten fach- und hilfesystemübergreifende Kooperationsmodelle und -strukturen zu geben, welche diese Herausforderung adressieren [23]. Auch in diesem Bereich gibt es allerdings bereits erste Arbeitsgruppen in den wissenschaftlichen Fachgesellschaften, welche konkrete Lösungsansätze skizzieren [z. B. [24]. Trotz dieser begrüßenswerten Entwicklungen ist davon auszugehen, dass die hier deutlich werdende „Zweiteilung der Versorgungslandschaft“ [25] in Behandlungsangebote für Kinder- und Jugendliche sowie für Erwachsene bis heute zu besonders ausgeprägten Kooperationshürden führt. Der jeweilige Behandlungsfokus führt zu unterschiedlichen Perspektiven und gesellschaftlichen Aufträgen, deren Zielsetzungen (z. B. Kindeswohl versus Elternwohl) nicht immer unmittelbar bruchlos miteinander vereinbar sind [26]. Wagenblass und Schone [26] listen in ihrem Artikel eine ganze Reihe weiterer systembedingter Spannungsfelder auf, welche zu besonders ausgeprägten Herausforderungen in der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie führen. Zusätzlich zu den grundsätzlichen systembedingten Unterschieden können unterschiedliche Blickwinkel auf das betroffene Familiensystem, etwa aus Sicht

des Kindes versus aus Sicht der Erwachsenen eine nahtlose Zusammenarbeit weiter erschweren [25]. Ohne den Aufbau systematischer Formen von Kooperationen scheinen daher gerade die Erwachsenenpsychiatrie und die Jugendhilfe nur eingeschränkt in der Lage, komplexen familiären Problemlagen gerecht zu werden und gemeinsam das Wohl der Familie zu fördern [1]. Interessant erscheint an dieser Stelle die Frage, wie stark der Behandlungsfokus (Kindeswohl versus Erwachsenenwohl) im Vergleich zu systembedingten Unterschieden (Jugendhilfe versus Psychiatrie) die Kooperation zwischen den einzelnen Institutionen beeinflusst.

Das Land Nordrhein-Westfalen hat mit seiner Landesinitiative „Starke Seelen“ [27] bereits vor einigen Jahren ein Förderprogramm gestartet, welches sich zum Ziel gesetzt hat, bestehende Initiativen und Maßnahmen im Kontext psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen besser zu vernetzen. Anlässlich dieser Landesinitiative hat sich im Kreis Gütersloh, aufbauend auf bisherigen Vernetzungsstrukturen, eine Arbeitsgruppe gebildet, welche das Modellprojekt „Zentrum für Familienmedizin Gütersloh“ (ZFM-GT) konzipiert und durchgeführt hat. Am ZFM-GT sind neben der freien Jugendhilfe (FJH), der öffentlichen Jugendhilfe (ÖJH) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) ebenfalls der Bereich der Erwachsenenpsychiatrie (EP) als Kooperationspartner in die Kooperationsuntersuchungen und in die Projektmaßnahmen mit einbezogen. Ziel des Projekts war es, mit Hilfe von interinstitutionell gemeinsam entwickelten Maßnahmen Hürden in der übergreifenden Kooperation zu identifizieren und abzubauen, um so der angesprochenen „Zweiteilung der Versorgungslandschaft“ [25] entgegenzuwirken.

Der vorliegende Artikel befasst sich mit einer dieser Projektmaßnahmen, welche aus der Analyse der derzeitigen Kooperationspraxis bestand. In Anlehnung an andere Untersuchungen von Kooperationsnetzwerken [10, 28] wurde hierbei unter anderem die Häufigkeit sowie die Zufriedenheit der einzelnen bilateralen Kooperationen zwischen den jeweiligen Institutionen erfragt. Hierdurch sollte, exemplarisch für das familienbezogene Kooperationsnetzwerk im Kreis Gütersloh, ein empirischer Einblick in die dortigen Kooperationsstrukturen ermöglicht werden und einerseits die Haltung der Mitarbeiter:innen zum Thema Kooperation, andererseits die tatsächliche wahrgenommene Kooperationspraxis beleuchtet werden. Es wurde zum einen die Frage untersucht, inwiefern sich eine mögliche größere systembedingte Nähe zwischen den Institutionen der ÖJH und der FJH im Vergleich zur KJP und EP tatsächlich in Unterschieden im Hinblick auf die wahrgenommene Intensität und Qualität der Kooperation zwischen den jeweiligen Institutionen niederschlägt. Zum anderen wurde die Frage untersucht, ob Unterschiede in den Bewertungen der Zusammenarbeit Rückschlüsse auf eine potentielle größere inhaltliche Nähe zwischen ÖJH, FJH und KJP gegenüber der EP zulassen.

Fragestellungen

1. Wie wird die Bedeutsamkeit von Kooperation zwischen FJH, ÖJH, KJP und EP generell sowie die Notwendigkeit zur Verbesserung der kooperativen Praxis in den Institutionen von den Mitarbeiter:innen eingeschätzt?
2. Wie definieren die Mitarbeiter:innen gute interinstitutionelle Kooperation? Welche Rahmenbedingungen werden als besonders bedeutsam empfunden?
3. Welche Kooperationsförder- oder -hemmnisse werden im eigenen Arbeitsalltag wahrgenommen?
4. Wie häufig kooperieren Mitarbeiter:innen aus FJH, ÖJH, KJP und EP? Gibt es Unterschiede in der Kooperationshäufigkeit zwischen den jeweiligen Akteuren?
5. Wie hoch ist die von den Mitarbeiter:innen wahrgenommene interinstitutionelle Kooperationsqualität?
6. Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Kooperationsquantität und -qualität?

Methodik

Um ein umfassendes Bild über die Kooperationspraxis zwischen den verschiedenen Institutionen und Hilfesystemen zu erlangen, wurde am Anfang des Projekts ein Fragebogen entwickelt, welcher verschiedene Aspekte der Zusammenarbeit abdeckt. Die Erfassung der Daten erfolgte pseudonymisiert, um ein möglichst offenes Antwortverhalten zu begünstigen. Der Fragebogen wurde an Mitarbeiter:innen verschiedener Hierarchiestufen aus den Bereichen der FJH, ÖJH, KJP und EP verteilt. Da der Fokus auf der institutionsübergreifenden gemeinsamen Zusammenarbeit lag, wurden die Institutionen der verschiedenen Bereiche anhand der gemeinsamen Versorgungsgebiete ausgewählt. An dem Projekt und entsprechend an der Befragung beteiligt waren daher aus dem Bereich der EP das LWL-Klinikum Gütersloh, aus dem Bereich der KJP die LWL-Universitätsklinik Hamm, aus dem Bereich der ÖJH die Jugendämter Jugendamt Stadt Verl, Jugendamt Rheda-Wiedenbrück, Jugendamt Stadt Gütersloh und Jugendamt Kreis Gütersloh sowie verschiedene Institutionen aus der Region Gütersloh für die FJH. Ziel war es, ein möglichst umfangreiches Bild der einzelnen Akteure über die eigene Haltung zu interinstitutioneller Kooperation sowie über Kooperationshäufigkeit und -zufriedenheit zu erhalten.

Hierzu wurden die Teilnehmer:innen mit Hilfe einer Reihe geschlossener und offener Fragen zu ihren jeweiligen Einschätzungen befragt. In einem eher allgemein gehaltenen Teil wurden zunächst geschlossene (z. B. „Für wie bedeutsam halten Sie die Kooperation zwischen EP, KJP, FJH und ÖJH für das konkrete Ergebnis der Beratung, Unterstützung und Behandlung einzelner Fälle aus Ihrer Sicht?“) und offene (z. B. „Was verstehen Sie unter einer guten Kooperation zwischen EP, KJP, FJH und ÖJH?“) Fragen zum Thema Kooperation gestellt. Im weiteren Verlauf enthielt der Fragebogen spezifische Teile, welche sich auf Kooperationserfahrungen mit den jeweilig anderen Institutionen beziehen (z. B. Anzahl der Kontakte mit Mitarbeiter:innen der KJP in den letzten 12 Monaten, Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit mit der KJP).

Die Auswertung der hieraus entstandenen qualitativen Daten erfolgte mit Hilfe einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse. Hierbei wurde sich an dem Vorgehen nach Mayring [29] orientiert, wobei die Kategorienentwicklung induktiv erfolgte: zwei Mitarbeiterinnen machten sich zunächst mit dem vorliegenden Material vertraut und entwickelten dann unabhängig voneinander auf Basis des Datenmaterials Ober- und Unterkategorien, unter denen die Freitextantworten der Proband:innen subsumiert werden können. Im Anschluss hieran wurden beide Ergeb-

nisse verglichen, miteinander diskutiert und modifiziert. Schließlich wurde sich auf ein überarbeitetes Kategoriensystem geeinigt, mit dem das gesamte vorliegende Material kodiert wurde.

Die statistische Auswertung der quantitativen Fragebogendaten wurde mithilfe von IBM SPSS Version 23 durchgeführt. Um Unterschiede in der wahrgenommenen Kooperationsqualität und -quantität zwischen den unterschiedlichen Institutionen zu untersuchen, wurden die entsprechenden Kennwerte mit Hilfe von ANOVAs und mit entsprechenden post-hoc-Tests analysiert.

Um mögliche Zusammenhänge zwischen der wahrgenommenen Kooperationsqualität und der Kooperationshäufigkeit zu untersuchen, wurden Spearman-Rangkorrelationen zwischen den betreffenden Items („Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit der [...]?“ und „Gesamte Anzahl der Kontakte mit Mitarbeitern der [...] in den letzten 12 Monaten“) berechnet. Für die Analyse von Unterschieden und Zusammenhängen in der wahrgenommenen Kooperationsqualität und -quantität wurden zunächst auf übergeordneter Ebene schrittweise die Gesamtwerte für jede Institution (z. B. KJP) deskriptiv betrachtet. Anschließend wurden die Unterschiede und Zusammenhänge einzeln aus Sicht der jeweiligen Institutionen inferenzstatistisch untersucht (z. B. Zusammenhänge zwischen Kooperationsqualität und -quantität in Bezug auf die einzelnen Institutionen aus Sicht der KJP), um mögliche institutionsspezifische Aspekte aufzudecken. Auf Grund der hierdurch entstehenden potentiellen alpha-Fehler-Inflation wurde bei der Signifikanzprüfung Bonferroni-korrigiert. Die Studie wurde vorab von der zuständigen Ethikkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe bewilligt (AZ 2016–221-f-S).

Ergebnisse

An der Untersuchung nahmen insgesamt 146 Probanden aus den Bereichen KJP, EP, FJH sowie ÖJH teil. Der überwiegende Teil der Teilnehmer:innen war weiblich (71,9 %) und im Mittel 41

► **Tab. 1** Soziodemographische Merkmale (N = 146).

Alter, Mittelwert (SD), Spannweite	41,51 (11,06), 24–65
Geschlecht, w/m (%)	105 (71,9%)/41 (28,1%)
Zugehörigkeit Institution, n (%)	
Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie	18 (12,3 %)
Erwachsenenpsychiatrie	38 (26 %)
Öffentliche Jugendhilfe	53 (36,3 %)
Freie Jugendhilfe	37 (25,3 %)
Beruf, n (%)	
Sozialarbeiter:in, Sozialpädagoge:in	101 (69,2 %)
Psycholog:in	20 (13,7 %)
Arzt/Ärztin	22 (15,1 %)
Gesundheits- und Krankenpfleger:in	2 (1,4 %)
Sonstiges	1 (0,7 %)
Berufserfahrung in Jahren	
Mittelwert (SD), Spannweite	15,4 (10,84), 1–40

(SD = 11,06) Jahre alt. Es nahmen Proband:innen aus verschiedenen Berufsgruppen teil, der größte Teil stammte aus dem Bereich der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (69,2 %). Einen detaillierten Überblick über die Soziodemographie bietet ► **Tab. 1**.

Bedeutsamkeit von Kooperation

In Bezug auf das Ergebnis der eigenen Arbeitsprozesse gaben beinahe 99,3 % der Teilnehmer:innen an, dass sie Kooperation zwischen den Institutionen hierfür als bedeutsam oder sehr bedeutsam erleben. Im Hinblick auf die wahrgenommene Notwendigkeit für Veränderung bzw. Optimierung im Bereich der Kooperation bei den jeweils anderen Institutionen zeigten die Ergebnisse an dieser Stelle sehr deutlich, dass die Teilnehmer:innen für alle Bereiche überwiegend dringlichen oder sehr dringlichen Veränderungsbedarf in der Kooperation sehen. Bei jeder Institution gaben über 70 % der Teilnehmer:innen einen dringlichen oder sehr dringlichen Veränderungsbedarf an, Unterschiede zeigten sich hier nur bei dem Verhältnis zwischen „dringlich“ und „sehr dringlich“. Auch bei der jeweils eigenen Institution wurde von über 70 % der Teilnehmer:innen angegeben, dass es einen dringlichen oder sehr dringlichen Bedarf nach Veränderung in Bezug auf das Thema Kooperation gibt. Die vollständige Verteilung ist in ► **Tab. 2** zu finden.

Definition von „guter Kooperation“ zwischen Hilfesystemen

Als Grundvoraussetzungen für gelingende Kooperation wurden auf Personenebene zum einen haltungsbezogene Aspekte wie Offenheit, Wertschätzung, gegenseitige Akzeptanz, Verbindlichkeit und gemeinsame Ziele benannt. Gute Kooperation wurde zum anderen in Verbindung gesetzt mit verhaltensbezogenen Aspekten wie klarer Aufgabenverteilung, regelmäßigem Austausch, transparentem Vorgehen in der Arbeit mit Familienmitgliedern und gegenseitiger Einbindung in Netzwerke. Darüber hinaus wurde benannt, dass es einer gewissen „Qualifikation zur Kooperation“ bedürfe, man also nicht davon ausgehen könne, dass die notwendigen Fähigkeiten automatisch bestehen würden.

In Bezug auf die Rahmenbedingungen für gelingende Kooperation wurde die Wichtigkeit von entsprechenden freien Ressourcen (finanziell, zeitlich, personell und räumlich) für den Aufbau bzw. die Aufrechterhaltung einer guten Kooperation betont. Zudem äußerten die Teilnehmer:innen, dass klare Zuständigkeiten sowie gute Erreichbarkeiten der Kooperationspartner:innen eine wichtige Rolle spielen. Als weitere wichtige Rahmenbedingung wurden gut dokumentierte Arbeitsprozesse genannt.

Aktuelle Kooperationsfördernde und -hemmende Aspekte im Kreis Gütersloh

Bei der Frage nach positiven, förderlichen Aspekten der derzeitigen Kooperationskultur im Kreis Gütersloh gaben viele Teilnehmer:innen an, dass zwischen den Institutionen eine hohe Gesprächsbereitschaft bestehe. Außerdem gebe es eine gegenseitige Wertschätzung und eine kooperative Festsetzung geteilter Ziele unter der Beteiligung aller eingebundenen Professionen. Das Arbeiten an gemeinsamen Fallverständnissen wurde ebenso genannt wie die Durchführung von institutionsübergreifenden Fortbildungen. Allerdings gab es an dieser Stelle auch einzelne Teilnehmer:innen, die an dieser Stelle angaben,

► **Tab. 2** Übersicht Antwortverhalten in Bezug auf die Bedeutsamkeit von Kooperation für Arbeitsergebnisse und die Notwendigkeit der Veränderung im Bereich der Kooperation.

	n (%)
„Für wie bedeutsam halten Sie die Kooperation zwischen EP, KJP, JH und JÄ für das konkrete Ergebnis der Beratung, Unterstützung und Behandlung einzelner Fälle aus Ihrer Sicht?“	
sehr bedeutsam	102 (69,9%)
Bedeutsam	43 (29,5%)
wenig bedeutsam	1 (0,7%)
„Für wie dringlich halten Sie Veränderungen ...Ihrer eigenen Institution in Bezug auf das Thema Kooperation?“	
sehr dringlich	21 (14,6%)
Dringlich	81 (56,3%)
weniger dringlich	37 (25,7%)
nicht notwendig	5 (3,5%)
... der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bezug auf das Thema Kooperation?“	
sehr dringlich	42 (30,2%)
Dringlich	77 (55,4%)
weniger dringlich	19 (13,7%)
nicht notwendig	1 (0,7%)
... der Erwachsenenpsychiatrie in Bezug auf das Thema Kooperation?“	
sehr dringlich	58 (40,6%)
Dringlich	61 (42,7%)
weniger dringlich	22 (15,4%)
nicht notwendig	2 (1,4%)
... in der freien Jugendhilfe in Bezug auf das Thema Kooperation?“	
sehr dringlich	22 (15,9%)
Dringlich	87 (63%)
weniger dringlich	27 (19,6%)
nicht notwendig	2 (1,4%)
... in der öffentlichen Jugendhilfe in Bezug auf das Thema Kooperation?“	
sehr dringlich	23 (16,9%)
Dringlich	89 (65,4%)
weniger dringlich	24 (17,6%)

dass sie bisher keinerlei tiefergehende systematische Kooperationserfahrungen gemacht hatten.

In Bezug auf aktuell bestehende Kooperationshemmnisse wurde analog zur vorherigen Frage nach Grundvoraussetzungen für gelingende Kooperation das Fehlen der eingangs benannten Rahmenbedingungen häufig angemerkt. Zudem wurden beispielsweise Herausforderungen durch fehlende Schweigepflichtsentbindungen, unterschiedliche Kostenträger oder Interessenskonflikte ge-

nannt. Im Kontext dieser Argumente wurde der oft unzureichende Handlungsspielraum angemerkt. Weitere benannte Hemmnisse stellen Punkte wie fachspezifisches Denken, Verwendung eigener Fachsprachen oder Wissensdefizite in Bezug auf alternative Behandlungsmethoden dar. Auch die Form des Miteinanders wurde hierbei kritisch reflektiert: Desinteresse für andere Sichtweisen sowie wechselseitige Vorwürfe erschweren aus Sicht der Teilnehmer:innen eine gute Kooperation.

Häufigkeit von interinstitutioneller Kooperation im Arbeitsalltag

Die in ► **Tab. 3** aufgeführten Ergebnisse spiegeln die durchschnittliche Anzahl an Gesamtkontakten innerhalb der letzten 12 Monate zu den jeweiligen Institutionen wider.

Innerhalb des Bereichs der Jugendhilfe unterschieden sich die öffentliche und die freie Jugendhilfe in Hinblick auf die Gesamtzahl kooperativer Kontakte weniger deutlich. Bei der institutionenspezifischen Analyse der Kooperationshäufigkeiten ergab sich, dass Mitarbeiter:innen in der KJP signifikant häufiger mit der ÖJH als mit der EP kooperieren. In der FJH zeigte sich eine höhere Kooperationsdichte mit der ÖJH sowohl im Vergleich zur EP als auch zur KJP und signifikant häufigere Kooperationen mit der KJP im Vergleich zur EP. Mitarbeiter:innen aus der ÖJH gaben wiederum an, sowohl im Vergleich zur KJP als auch zur FJH am seltensten mit der EP zu kooperieren. Analog zu den Analysen zur Kooperationsqualität berichteten Mitarbeiter:innen aus der EP keinerlei signifikante Unterschiede in den Kooperationshäufigkeiten zwischen den Institutionen.

Qualität der interinstitutionellen Zusammenarbeit

Eine Übersicht zur Einschätzung der jeweiligen Kooperationsqualität bietet ► **Tab. 4**.

Die Mitarbeiter:innen aus den Bereichen der Jugendhilfe (FJH und ÖJH) schätzten die Kooperationsqualität zur jeweils anderen Jugendhilfe-Institution am höchsten ein, während Mitarbeiter:innen der KJP die Kooperation mit der FJH im Vergleich zu den anderen Institutionen am besten bewerteten. Bei Mitarbeiter:innen aus der EP ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Kooperationsqualität zwischen den einzelnen Kooperationspartnern.

Zusammenhang zwischen Kooperationsqualität und -quantität

Institutionsübergreifend ergab die Prüfung von Zusammenhängen zwischen Kooperationsqualität und -quantität in Bezug auf jede der betrachteten Institutionen signifikante positive Zusammenhänge (KJP: $r = 0,308$, $p < 0,01$; EP: $r = 0,328$, $p < 0,01$; ÖJH: $r = 0,551$, $p < 0,001$; FJH: $r = 0,533$, $p < 0,001$). Über alle Teilnehmer:innen hinweg ließ sich demnach zeigen, dass eine positivere Wahrnehmung der Kooperationsqualität bei allen Institutionen mit einer höheren Kooperationshäufigkeit einherging.

Im nächsten Schritt wurden die Zusammenhänge separat aus Sicht der jeweiligen Institutionen analysiert, hierbei zeigten sich nach Anwendung der Bonferroni-Korrektur jedoch keine signifikanten Zusammenhänge.

► **Tab. 3** Durchschnittliche Gesamtzahl Kontakte in den letzten 12 Monaten.

		MW (SD)	ANOVA				Post-hoc			
			df _{Z,N}	F	p	η^2_{part}	(I-J)	CI 95%	p	
KJP n = 15	EP	3,73 (6,03)	2	4,6	0,019	0,247	EP vs. FJH	-29,9	-62,09, 2,29	0,07
	FJH	33,63 (45,57)					EP vs. ÖJH	-39,67	-76,07, -3,26	0,03
	ÖJH	43,4 (52,03)					FJH vs. ÖJH	-9,77	-51,7, 32,17	1,00
EP n = 30	KJP	1,33 (3,39)	2	1,752	0,182	0,057	KJP vs. FJH	-1,82	-4,65, 1,01	0,341
	FJH	3,15 (7,23)					KJP vs. ÖJH	-2,35	-6,32, 1,62	0,429
	ÖJH	3,68 (8,76)					FJH vs. ÖJH	- ,533	-3,67, 2,6	1,00
FJH n = 30	KJP	5,72 (4,88)	1,002	31,046	<0,01	0,517	KJP vs. EP	2,92	0,07, 5,77	0,043
	EP	2,8 (4,67)					KJP vs. ÖJH	-177,25	-258,36, -96,14	<0,01
	ÖJH	182,97 (177,73)					EP vs. ÖJH	-180,17	-262,02, -98,32	<0,01
ÖJH n = 24	KJP	5,46 (9,3)	1,004	7,657	0,011	0,25	KJP vs. EP	3,9	-0,73, 8,52	0,121
	EP	1,56 (1,62)					KJP vs. FJH	-93,13	-181,7, -4,55	0,037
	FJH	98,58 (168,39)					EP vs. FJH	-97,02	-185,86, -8,18	0,029

► **Tab. 4** Bewertung der Zusammenarbeit.

		MW (SD)	ANOVA				Post-hoc			
			df _{Z,N}	F	p	η^2_{part}	(I-J)	CI 95%	p	
KJP n = 13	EP	3,31 (1,11)	2, 24	12	<0,01	0,50	EP vs. FJH	-1,15	-1,92, -0,39	0,004
	FJH	4,46 (0,77)					EP vs. ÖJH	-0,62	-1,36, 0,13	0,119
	ÖJH	3,92 (0,86)					FJH vs. ÖJH	0,54	0,14, 0,94	0,008
EP n = 16	KJP	3,31 (1,3)	2, 30	2,21	0,127	0,13	KJP vs. FJH	-0,25	-0,64, 0,14	0,311
	FJH	3,56 (1,09)					KJP vs. ÖJH	-0,44	-1,09, 0,21	0,268
	ÖJH	3,75 (1,07)					FJH vs. ÖJH	-0,19	-0,8, 0,43	1,0
FJH n = 22	KJP	3,73 (1,08)	2, 42	18,99	<0,01	0,48	KJP vs. EP	0,55	-0,23, 1,33	0,295
	EP	3,18 (1,44)					KJP vs. ÖJH	-1,27	-1,94, -0,61	<0,01
	ÖJH	5,00 (0,69)					EP vs. ÖJH	-1,82	-2,72, -0,92	<0,01
ÖJH n = 35	KJP	3,77 (0,91)	2, 68	28,75	<0,01	0,46	KJP vs. EP	0,23	-0,021, 0,67	0,596
	EP	3,54 (0,89)					KJP vs. FJH	-1,09	-1,54, -0,63	<0,01
	FJH	4,84 (0,6)					EP vs. FJH	-1,31	-1,82, -0,81	<0,01

Hinweis: Skala von 1 bis 6 (1 = sehr schlecht, 6 = sehr gut); p-Werte Bonferroni-korrigiert.

Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, anhand des interinstitutionellen Kooperationsnetzwerks im Bereich familiärer Hilfen und Behandlung in der Region Gütersloh einen exemplarischen empirischen Einblick in die dortigen Kooperationsstrukturen zu gewinnen. Die Erhebung mittels des Fragebogens hat mit insgesamt 146 Probanden eine große Anzahl an Mitarbeiter:innen aus den verschiedenen Bereichen erreicht.

Zur Frage der Bedeutsamkeit von Kooperation für die eigene Arbeit gaben beinahe alle Teilnehmer:innen an, dass sie das Thema

Kooperation für ihre eigene Arbeit als (sehr) bedeutsam einschätzen. Gleichzeitig wird von über 70% der Teilnehmer:innen in diesem Thema ein (sehr) dringlicher Optimierungsbedarf bei der eigenen und aber vor allem auch bei den anderen Institutionen wahrgenommen. Dieser Befund passt zur Schlussfolgerung von Santen und Seckinger [30], dass Kooperation zwar häufig gefordert, aber noch viel zu selten effektiv in der Praxis umgesetzt wird. Dementsprechend kann von einem Unbehagen in der Kooperation gesprochen werden.

In Bezug auf die Frage nach Grundvoraussetzungen für gelingende Kooperation ließen sich institutionsübergreifend zwei unterschiedliche Bereiche identifizieren. Auf Personenebene wurden hierzu einerseits spezifische haltungsbezogene Aspekte wie Offenheit, Verbindlichkeit, gegenseitige Wertschätzung und Akzeptanz genannt. Andererseits wurden verhaltensbezogene Elemente wie klare Aufgabenverteilung, regelmäßiger Austausch, gegenseitige Einbindung und transparentes Vorgehen in der eigenen Arbeit mit Familienmitgliedern angeführt. Zusätzlich zur Personenebene wurde bei den Antworten die Ebene der organisatorischen Rahmenbedingungen deutlich. Ausgehend von der Erkenntnis, dass gute Kooperation nicht voraussetzungsfrei ist, gaben die Teilnehmer:innen an, dass diese aktiv erlernt werden müsse. Für das Erlernen und das Ausüben von interinstitutioneller und interprofessioneller Kooperation seien als Rahmenbedingungen entsprechende zeitliche und finanzielle Ressourcen unabdingbar. Zudem benötige es strukturbezogen klare Zuständigkeiten und erreichbare Ansprechpartner:innen. Die in diesem Zusammenhang von den Teilnehmer:innen genannten Herausforderungen sowie förderlichen und hemmenden Rahmenbedingungen decken sich in großen Teilen mit den in der Literatur diskutierten Punkten [8, 9] zur Etablierung guter Kooperation in fragmentierten Hilfe- und Behandlungssystemen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bieten einen guten Einblick in die Kooperationspraxis im Kreis Gütersloh. Die Befunde deuten darauf hin, dass es im Hinblick auf Kooperationsqualität und -quantität vor allem die Institutionen innerhalb der Jugendhilfe sind, welche am besten und häufigsten miteinander kooperieren. Dieses Ergebnis reiht sich in die Erkenntnisse von van Santen & Seckinger [31] ein, welche im Rahmen einer Befragung von Jugendämtern zu Kooperationen im Arbeitsalltag berichteten, dass nur 11 % der Jugendämter regelmäßige Kooperationskontakte mit der EP angaben. Die Bewertungen bezüglich der EP sind einerseits im Vergleich zu den anderen Institutionen am ungünstigsten, gleichzeitig erscheinen die Bewertungen durch Mitarbeiter:innen aus der EP am wenigsten differenziert. Die KJP nimmt in diesem Zusammenhang den „mittleren Platz“ ein. Dieses Bild lässt sich mit den eingangs benannten Herausforderungen an interinstitutionelle Kooperation in Verbindung bringen und passen zu der eingangs genannten Zweiteilung der Versorgungslandschaft, bei welcher die EP gewissermaßen eine Außenseiterrolle im Kooperationsnetzwerk einnimmt, während die KJP „zwischen den Stühlen“ steht. Die Befundlage hinsichtlich bestehender Kooperationschwierigkeiten zwischen KJP und Jugendhilfe passt zu den Ergebnissen von Müller-Luzi und Schmid [32], welche ähnliche Hindernisse in der Kooperation zwischen diesen Bereichen aufzeigen konnten.

Es sind verschiedene Erklärungen für die vorgefundene Kooperationsstruktur hinsichtlich Kooperationsqualität und -häufigkeit denkbar. Die Institutionen der Jugendhilfe sind einerseits durch das Subsidiaritätsprinzip (§ 4 SGB VIII; ÖJH als Auftraggeber für Jugendhilfemaßnahmen, welche durch Anbieter der FJH durchgeführt werden) in ihrem Arbeitsalltag sehr viel stärker formal aneinander gebunden. Diese gesetzlich formulierte Notwendigkeit zur Zusammenarbeit macht es wahrscheinlicher, dass im Arbeitsalltag häufiger kooperiert wird. Durch den gemeinsamen Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe, sich vorrangig am Schutz und Wohl des Kindes und am Recht eines jeden jungen Menschen auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Person zu orientieren (§ 1 SGB VIII), ergibt sich zudem eine große

inhaltliche Nähe. Durch die inhaltliche und formale Nähe besteht zwischen diesen beiden Akteuren vermutlich ein größeres Verständnis für die jeweilige Arbeitsweise und eine relativ hoch ausgeprägte übereinstimmende Sicht auf die Familie. Im Rahmen der Kooperation mit der KJP wird das Kooperationswesen der Jugendhilfe dann um die therapeutisch-medizinische Komponente erweitert. Die gefundene hohe Kooperationsqualität und -quantität an dieser Stelle lässt sich durch die eingangs beschriebene inhaltliche Nähe zwischen ÖJH, FJH und KJP erklären. Gleichzeitig hat diese vermutlich vergleichsweise wenig Einfluss auf die Lösung multipler komplexer Hilfe- und Behandlungsbedarfe von Familien, da die genannten drei Institutionen vorrangig das Wohl der Kinder und Jugendlichen im Blick haben und somit an ähnlichen Stellen der familiären Problemstellung andocken. Somit kommt der EP im Kontext familienbezogener Kooperationsbemühungen eine besonders zentrale Rolle zu. Während die vorliegenden Ergebnisse eine vergleichsweise geringe Integration der EP in die familienbezogenen Kooperationsnetzwerke nahelegen, kann diese bei krisenhafter Entwicklung mutmaßlich eine wichtige Brückenfunktion einnehmen [33]. Gerade in durch psychische Erkrankungen der Eltern (zusätzlich) belasteten Familienverbänden sind es zunächst die Erwachsenen, die im Rahmen von psychiatrisch-psychologischen Kontakten am ehesten mit dem Gesundheitssystem in Berührung kommen. Die eingangs bereits skizzierten Barrieren für die Inanspruchnahme von Hilfen für die eigene Familie [z. B. Scham, Überforderung, Verleugnung oder Krankheitsfixierung: 11] führen an dieser Stelle häufig dazu, dass entsprechende Themenbereiche im therapeutischen Erstkontakt durch den erwachsenen Patienten nicht bedacht oder angesprochen werden. Gelingt es in diesem Zusammenhang, eine therapeutische Arbeitsbeziehung und Vertrauen herzustellen, ist die Grundlage für die Thematisierung schwieriger, sonst oft tabuisierter „Familienthemen“ (z. B. eingeschränkte Elternrolle durch eigene Erkrankung, Auswirkungen eigener Erkrankung auf Kinder etc.) geschaffen. Ein Blick über den therapeutischen Tellerrand hinaus seitens der Mitarbeiter:innen der EP könnte hier einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, (potentiell) dysfunktionale Prozesse oder Zustände jenseits des Indexpatienten aufzudecken und so einen ersten Schritt in Richtung familienorientierter Hilfestellungen bieten. Kooperationsqualität zu den anderen Institutionen entscheidet hier also besonders deutlich darüber, ob komplexe Hilfebedarfe aufgedeckt und interinstitutionell bearbeitet werden können. Im Hinblick auf die wahrgenommene Qualität der Zusammenarbeit legen die Ergebnisse einen positiven Zusammenhang zwischen Kooperationshäufigkeit und -zufriedenheit nahe. Auch wenn diese keine Schlüsse über eindeutige Kausalzusammenhänge ermöglichen, erscheinen reziproke Auswirkungen verstärkter Kooperationsbemühungen durchaus denkbar. Mehr gelebte Kooperation kann zu vermehrten positiven Erfahrungen führen und positivere Einzelerfahrungen können ebenfalls zu vermehrt gelebter Kooperation führen.

Limitationen

Es gibt einige Limitationen, welche die Aussagekraft der Untersuchung einschränken. Der eingesetzte Fragebogen wurde zu Beginn des Gesamtprojekts in Absprache mit den beteiligten Institutionen konzipiert. Auch wenn der interdisziplinäre Austausch hierbei eine

gewisse inhaltliche Validität nahelegt, sind keine Aussagen über die Testgütekriterien möglich. Denkbar ist also, dass die erhobenen Werte hinsichtlich der Kooperationsqualität und -quantität als Momentaufnahme in ihrer Reliabilität eingeschränkt sind. Es stellt sich im Nachhinein auch die Frage, welche Definition die einzelnen Teilnehmer:innen bezüglich der Dimension „Kooperationsqualität“ bei der Beantwortung des entsprechenden Items angewendet haben. Die Freitexterhebungen haben gezeigt, dass „gute Kooperation“ durch unterschiedliche Aspekte definiert wird. Zukünftige Erhebungen könnten solche Erkenntnisse nutzen, um die Dimension mit mehreren Items abzubilden und eine solche Skala testtheoretisch validieren. Eine weitere Limitation besteht hinsichtlich der Anwendbarkeit der berichteten Ergebnisse auf andere regionale Netzwerke. Auch wenn es, wie in der Diskussion bereits aufgezeigt, sowohl im Bereich der inhaltlichen Fragestellungen (z. B. zur Frage förderlicher und hemmender Faktoren) als auch bei den quantitativen Erkenntnissen (z. B. zur Kooperationshäufigkeit zwischen Jugendhilfe und EP) Anknüpfungspunkte zu bereits bestehenden Publikationen gibt, bleibt letztendlich unklar, wie repräsentativ die erhobenen Daten sind, da diese sich ausschließlich auf ein regionales Netz beziehen. Zukünftige Erhebungen sollten hier weitere regionale Netze als Vergleichsregion mit in die Untersuchung mit einbeziehen.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- trotz positiver Kooperationserfahrungen insgesamt gibt es ein Unbehagen in der Kooperation sowie ein deutliches Bewusstsein für Herausforderungen und Wege der Verbesserung dieser
- Anerkennung unterschiedlicher Rahmenbedingungen und besseres Verständnis der Arbeits- und Denkweisen der jeweils anderen Institutionen/Professionen könnte ein erster Schritt zur Schaffung kooperationsförderlicher Rahmenbedingungen sein
- insbesondere der aktive Einbezug der EP hat das Potential, die Effektivität von und die Zufriedenheit mit interinstitutioneller Kooperation nachhaltig zu stärken

Fördermittel

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen <http://data.crossref.org/fundingdata/funder/10.13039/100017891> - Projekt-ID: 238492

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Wagenblass S. Wenn Eltern psychisch krank sind – Zur Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. In: Böllert K, Hrsg. Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2018: 1231–1247. DOI: 10.1007/978-3-531-19096-9_59
- [2] van Santen E, Seckinger M. Netzwerke und Kooperation im Kinderschutz. Praxisbuch Kinderschutz. Professionelle Herausforderungen bewältigen. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2018: 298–313
- [3] Pluto L. Partizipation in den Hilfen zur Erziehung. Eine empirische Studie. DJI Verlag; 2007
- [4] Zängl P. Hrsg. Kooperation kompakt. Opladen: Verlag Barbara Budrich; 2019
- [5] Ader S, Klein M. Die organisierte Verantwortungslosigkeit. Sozial Extra 2011; 35: 24–28. DOI: 10.1007/s12054-011-0206-9
- [6] Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe e.V. „Vom Kind und der Familie aus denken, nicht von den Institutionen“. Ein gemeinsames Positionspapier zur Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – BAG KJPP, des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – BKJPP, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – DGKJP sowie der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ 2018
- [7] Becker U, Sander U. Heranwachsende zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Sozial Extra 2011; 35: 33–37. DOI: 10.1007/s12054-011-0208-7
- [8] Brockmann E, Lenz A. Beziehung gestalten-eine Voraussetzung für wirksame interinstitutionelle Kooperation bei Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2010; 59: 687–703. DOI: 10.13109/prkk.2010.59.9.687
- [9] Wlodarczyk O, Metzner F, Pawils S. Bundesweite Befragung zur Versorgungssituation und -hindernissen von Kindern psychisch kranker Eltern aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie. Psychiatr Prax 2017; 44: 393–399. DOI: 10.1055/s-0042-115824
- [10] Ziegenhain U, Schöllhorn A, Künster AK et al. Guter Start ins Kinderleben – Werkbuch Vernetzung. Chancen interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich früherer Hilfen und im Kinderschutz 2010
- [11] Christiansen H, Matzejat F, Röhrle B. Wirksamkeitsbefunde von Interventionen bei Kindern und Familien psychisch kranker Eltern – ein metaanalytisch fundierter Überblick. In: Wiegand-Grefe S, Matzejat F, Lenz A, Hrsg. Kinder mit psychisch kranken Eltern: Klinik und Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen; 2011: 458–481
- [12] Festen H, Schipper K, Vries SOde et al. Parents' perceptions on offspring risk and prevention of anxiety and depression: a qualitative study. BMC psychology 2014; 2: 17
- [13] Schmid M, Schielke A, Becker T et al. Versorgungssituation von Kindern während einer stationären psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern. Nervenheilkunde 2008; 27: 533–539
- [14] Grube M, Dorn A. Elternschaft bei psychisch Kranken. Psychiatr Prax 2007; 34: 66–71. DOI: 10.1055/s-2005-915394
- [15] Wiegand-Grefe S, Geers P, Petermann F et al. Kinder psychisch kranker Eltern: Merkmale elterlicher psychiatrischer Erkrankung und Gesundheit der Kinder aus Elternsicht. Fortschr Neurol Psychiatr 2011; 79: 32–40. DOI: 10.1055/s-0029-1245623
- [16] Beate Kettemann F, Matzejat JVorwerk et al. Belastung von Kindern psychisch erkrankter Eltern im Normgruppenvergleich – eine Hochrisikogruppe für selektive und indizierte Prävention? Psychiatr Prax 2020

- [17] Kronmüller K, Driessen M. Kinder psychisch kranker Eltern – die Perspektive der (Erwachsenen-)Psychiatrie. In: Bauer U, Reinisch A, Schmuhl M, Hrsg. Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012: 47–57. DOI: 10.1007/978-3-531-93476-1_4
- [18] Zogas K, Juckel G, Mavrogiorgou P. Erfassung des familienmedizinischen Interventionsbedarfs durch eine direkte Befragung von Patienten mit einer psychischen Störung. *Psychiatr Prax* 2020; 47: 128–134. DOI: 10.1055/a-1084-2037
- [19] Wlodarczyk O, Metzner F, Pawils S. Bundesweite Befragung zur Versorgungssituation und -hindernissen von Kindern psychisch kranker Eltern aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie. *Psychiatr Prax* 2017; 44: 393–399. DOI: 10.1055/s-0042-115824
- [20] Wiegand-Grefe S, Filter B, Busmann M et al. Evaluation of a Family-Based Intervention Program for Children of Mentally Ill Parents: Study Protocol for a Randomized Controlled Multicenter Trial. *Front. Psychiatry* 2020; 11: 561790. DOI: 10.3389/fpsy.2020.561790
- [21] Fegert JM, Hauth I, Banaschewski T et al. Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2017; 45: 80–85. DOI: 10.1024/1422-4917/a000502
- [22] Driessen M, Fegert JM, Freyberger HJ et al. Transitionspsychiatrie – eine aktuelle Herausforderung. *Psychiatr Prax* 2019; 46: 125–127. DOI: 10.1055/a-0860-4844
- [23] Abzieher P, Lipp M, Staats JH et al. Behandlungsangebote der Adoleszenzpsychiatrie – Ergebnisse einer deutschlandweiten Erhebung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2019; 87: 645–652. DOI: 10.1055/a-1011-4198
- [24] Banaschewski T, Fegert JM, Freyberger H et al. Transitionspsychiatrie – Herausforderungen und Lösungsansätze. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2019; 87: 608–615. DOI: 10.1055/a-1016-3288
- [25] Schrappe A. Erziehungsberatung für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil – eine Brücke zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie 2013
- [26] Wagenblast S, Schone R. Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen 2001
- [27] Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. 19. Landesgesundheitskonferenz NRW. Erhalt und Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Im Internet: https://www.praeventionskonzept.nrw.de/_media/pdf/Psych_e_Kinder/Entschiessung_2010-12-09_LGK_2010.pdf; Stand: 14.10.2021
- [28] Künstler AK, Knorr C, Fegert JM et al. Soziale Netzwerkanalyse interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung in den Frühen Hilfen. Eine Pilotuntersuchung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010; 53: 1134–1142. DOI: 10.1007/s00103-010-1147-3
- [29] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken. *Studium Pädagogik*. 11. Aufl. Weinheim [u. a.]: Beltz; 2010
- [30] van Santen E, Seckinger M. Fallstricke im Beziehungsgeflecht: die Doppelebenen interinstitutioneller Netzwerke. In: Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Bd. 2, Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. *Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung*. 12. Tübingen: Dgvt-Verl; 2005: 201–219
- [31] van Santen E, Seckinger M. Kooperation im ASD. In: Merchel J, Conen M-L, Hrsg. *Handbuch Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. Mit 7 Tabellen 2012; 341–356
- [32] Müller-Luzi S, Schmid M. Gelingensfaktoren und Stolpersteine in der Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie aus Sicht sozialpädagogischer Fachkräfte. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2017; 66: 576–598. DOI: 10.13109/prkk.2017.66.8.576
- [33] Wabnitz P, Kronmüller K-T, Wieskus-Friedemann E et al. Nicht von schlechten Eltern – NischE: Ein Brückenkonzept familienorientierter Versorgung von Kindern mit psychisch oder suchtbelasteten Eltern. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2016; 65: 668–687