Neuropsychiatr
DOI 10.1007/s40211-017-0247-9

neuro-
psychiatrie
vereinigt mit
psychiatrie & psychotherapie

Zur Psychodynamik von Organisation und Kooperation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Rainer Fliedl · Kathrin Sevecke

Eingegangen: 28. Juli 2017 / Angenommen: 10. August 2017 / Online publiziert: 30. August 2017
© Springer-Verlag GmbH Austria 2017

Zusammenfassung Kinder- und Jugendpsychiatrien sind im Rahmen des Krankenanstaltengesetzes nach innen klar als Rasterorganisationen definiert. Daraus ergibt sich zumeist eine formale Klarheit über Aufgaben und Tätigkeiten der einzelnen Personen. Dies ist bei den Schnittstellen zu den medizinischen Bereichen wie Kinder- und Jugendheilkunde, Psychiatrie, aber auch zu den anderen Institutionen, die Kinder und Jugendliche unterstützen, wie Schule oder Kinder- und Jugendhilfe, in unterschiedlichen Gesetzen definiert. Gleichzeitig ist es aber auch so, dass Kinder- und Jugendliche und ihre Familien ein hohes Spannungspotential in die unterschiedlichen Einrichtungen einbringen und dies – sowohl institutionsintern als auch in der Kooperation mit anderen Institutionen – zu erheblichen systemischen Verstrickungen führen kann.
Es bedarf daher der Berücksichtigung dieser Phänomene in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und eine besondere Form von Beziehungspflege, der inner- und interinstitutionellen Strukturgebung und Reflexion, damit das von den Familien und anderen Systemen ausgelöste Agieren, nicht zum Schaden der Patienten ist. Zu achten ist auch insbesondere auf die Leitungsverantwortung auf den unterschiedlichen institutionellen Ebenen.

Schlüsselwörter Kinder- und Jugendpsychiatrie · Organisation · Kooperation · Management

Psychodynamics in organisation and cooperation of child and adolescents institutions

Summary According to underlying law (Krankenanstaltengesetz) the internal structure of Departments of Child and Adolescent Psychiatry (CAP) represents a matrix structure, defining formal roles and tasks of the personel. In contrast, external cooperation is defined in several different laws. Furthermore, patients and their systems are exhibiting a high tensional potential. These different influences can cause more or less severe enmeshments. Thus, during the treatment of this patients it is necessary to take into account the possibility of these enmeshments. It should be answered by special forms of care of the relationship between professionals and families. These special forms of relational care can be delivered by clear organizational structures and must undergo reflective processes on a regular basis. The planning and delivery of those structures is clearly seen as a central responsibility of the management of a CAP-Department.

Keywords Child and adolescent psychiatry · Organization · Cooperation · Management

Einleitung

Organisationen werden gerne als stabile, kontinuierlich arbeitsfähige, soziale Strukturen betrachtet. Es werden mehr oder weniger klare Aufbaustrukturen definiert, Stellenbeschreibungen gemacht, Verant-

R. Fliedl (✉)
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie am Standort
Hinterbrühl, Landesklinikum Baden-Mödling,
Fürstenweg 8, 2371 Hinterbrühl, Niederösterreich, Österreich
rainer.fliedl@moedling.lknoe.at

Dr. K. Sevecke
Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter,
Medizinische Universität Innsbruck,
Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Tirol, Österreich
kathrin.sevecke@uki.at

Published online: 30 August 2017

Tab. 1 Personalisationsphasen. (Modifiziert nach Edelweiss [6])

Phase	Hauptmerkmal	Angst	Furcht	Dynamische Aufgabe
Menge	Kontaktloses Nebenher	Gebunden im Narzissmus	Vor den anderen, als Projektion	Zielfindung
Prägruppal	Allgemeiner Alpha-Anspruch	Viel freie Angst	Vor Alpha	Objektfindung Kennenlernen Aufgabenverteilung
Gruppal	Dynamische Rangstruktur	Relativ gebunden in der Struktur	Vor Gamma vor dem Gegner	Rangfindung Beziehungsklärung Kreativität
Institution	Fixierte Rangstruktur	Absolut gebunden in der Struktur	Vor Omega	Fixierung und Rigidität

wortungsbereiche definiert und Entscheidungsbefugnisse vergeben. Dies sind wichtige Grundbausteine, um eine innere Ordnung herzustellen und Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Gleichzeitig sind Organisationen, wie alle anderen menschlichen Gemeinschaften, Spannungen ausgesetzt, die zum Schwanken in ihrer Arbeitsfähigkeit und Denkfähigkeit führen [1–3].

Zur Stabilität von Organisationen tragen klare Ziele bei, die erfüllbar sind, sowie eine transparente Verantwortungsverteilung, dazu passende Entscheidungsbefugnisse und Arbeitsabläufe. Grundlage dafür ist ein Gleichgewicht zwischen Aufgaben und Ressourcen, die zur Verfügung stehen. Hier ist natürlich darauf hinzuweisen, dass alle Abteilungen einen definierten Versorgungsauftrag haben. Diese Versorgungsaufträge korrelieren in den wenigsten Regionen mit der Anzahl an Behandlungsplätzen und der personellen Ausstattung, was wieder ein hohes Ausmaß an innerinstitutioneller Spannung bedingt, die zu bewältigen ist [4, 5]. Das Verhältnis zwischen Aufgabe und Ressourcen aneinander anzupassen ist zentrale Träger-Verantwortung und eine Grundlage qualifizierter und verantwortungsvoller Arbeit.

Eine wichtige Basis dafür ist, dass sich die Personen kennen, miteinander kooperieren wollen und einander in einem realistischen Ausmaß vertrauen. Die formale Organisation braucht ein funktionierendes Beziehungsnetz, in dem die Arbeitsaufgaben umgesetzt werden können.

Diese sichtbaren Anteile haben als weniger sichtbare Basis eine mehr oder weniger gemeinsame Wertehaltung, welche die informelle moralische Grundlage für Entscheidungen ist.

Dies bewirkt eine organisationsinterne Logik, Sprache und Denkwelt, die einen inneren Zusammenhalt, eine verbindende Identität und definierte Außengrenzen der Organisation konstituieren.

Organisationen als dynamisches Verarbeitungssystem

Da es Veränderungen sowohl in den Bedingungen und Anforderungen der Umwelt, als auch organisationsintern in Leitung und Team gibt, sind kontinuierlich dynamische Anpassungsprozesse notwendig. Dies führt zu einem kontinuierlichen Schwanken zwischen unterschiedlichen Phasen (siehe Tab. 1; [6]), den dafür typischen rangdynamischen Veränderungen, spezifischen Ängsten und den jeweiligen zu bewältigenden dynamischen Aufgaben.

Damit die primäre Arbeitsaufgabe [3, 5] bewältigbar ist hat die Leitung unter Berücksichtigung dieses Modells darauf zu achten, dass neben der Erfüllung der Arbeitsaufgaben auch die dynamische Aufgabe wahrgenommen und bearbeitet werden.

Wir gehen nicht davon aus, dass diese Phasen jemals bewältigt sind, sondern dass sie immer wieder in Organisationen auftreten, durchaus auch in heterogener Form und in einzelnen Subgruppen.

Im rangdynamischen Modell [7] geht Schindler davon aus, dass in Gruppen eine dynamische Rangstruktur entsteht, die für eine begrenzte Zeit eine innere Ordnung des Gruppengefüges bewirkt. Alpha ist der Führer, der affektiv und inhaltlich das Problem lösen kann. Dieser kann durch die Unterstützung und dem Folgen der Gammas wirksam werden. Omega ist die Position in der Gruppe, die am meisten Zweifel hat ob der eingeschlagene Weg der richtige ist, und wird in den unterschiedlichen Personalisationsphasen sehr unterschiedlich wahrgenommen. Er kann der sein, der vor Gefahren warnt bis zu dem, der gar nicht zu uns passt, also entweder der schwierigste Mitarbeiter oder der schwierigste Patient ist, ohne den alles gut funktionieren würde. Die Position des Betas, des sogenannten Beraters, ist in der Tabelle der Personalisationsphasen nicht erwähnt, da sie am wenigsten in die Machtstruktur eingreift. Beta beeinflusst die Gruppe über Wissensvermittlung und Induzierung von reflexiven Phasen. Sie ist in vielen Situationen eine günstige Gruppenposition für den formalen Leiter.

In der Phase der Menge sind äußere Strukturen für den Zusammenhang relevant. Die Kooperation miteinander ist formalisiert, berufsgruppenbezogene Gesetze werden als Abgrenzung verwendet, die Angst, von anderen Berufsgruppen und Personen majorisiert und beherrscht zu werden, wird deutlich. Die Organisation wird von einer scheinbar kühlen Klarheit erfüllt, Ideen anderer werden eher als Übergriff und nicht als Bereicherung erlebt. Die Absicherung der Identität Einzelner und von Subgruppen ist ein relevantes Thema. Das oder die Ziele der Einrichtung sind damit zwar formal vorhanden, aber nicht ausreichend affektiv besetzt. Die dynamische Aufgabe ist, diese Ziele miteinander wieder zu finden und sie ausreichend von jedem Einzelnen zu besetzen. Hier

Abb. 1 Rasterorganisation im Krankenhaus [10]: Ziele und Haltungen

können wir sehr darauf vertrauen, dass alle in der Einrichtung Arbeitenden dazu bereit sind.

In der prägruppalen Phase wird die Stimmung sehr lebendig, Formalistisches tritt in den Hintergrund, Personen werden deutlicher wahrgenommen, es wird offen konkurriert und konstruktiv gestritten.

In der gruppalen Phase finden sich die Ideen der Einzelnen zu einer gemeinsamen Ordnung und es kann sinnvoll miteinander gehandelt werden.

Eine Institutionalisierung liegt dann vor, wenn ein Lösungsmodell generalisiert und nicht mehr überprüft wird, ob es für die jeweilige Problemstellung geeignet ist. In dieser Phase treten in der Regel Probleme mit den „schwierigen" Mitarbeitern und den „schwierigen" Patienten auf. Die naheliegende Problemlösung ist die Ausstoßung der jeweiligen problematischen Personen aus dem System.

Diese rangdynamische Sichtweise hat in vielen Punkten große Ähnlichkeit mit dem Modell der innerpsychischen Verarbeitungsprozesse von Melanie Klein, aber auch dem Gruppenmodell von W.R. Bion [4] und dem Konzept von Container-Containt [8].

Die Organisationsvorgabe des Krankenhauses

Im Krankenanstaltengesetz (KAG) [9] ist eine Rasterorganisation mit drei Säulen, die in der kollegialen Führung (ärztliche Direktion, Pflegedirektion und wirtschaftliche Direktion, siehe Abb. 1) hierarchisch zusammengefasst ist, festgeschrieben. Die Arbeitsaufgabe (Behandlung des Patienten) liegt horizontal zu dieser Hierarchie, die Verantwortlichkeit der Berufsgruppen ist im KAG und den verschiedenen Berufsgesetzen definiert.

Die ökonomische Steuerung der Organisation fehlt bereits auf der Ebene der Abteilung. Dies führt zu einem hierarchisch asymmetrischen Verhältnis gegenüber diesem Organisationsteil und damit auch zu diesem Aspekt der Organisation.

Sowohl auf der Ebene der Abteilung als auch auf der Ebene der direkten Patientenbehandlung gibt es keine Organisationsvorgaben. Hier sind allerdings die für den Patienten wichtigen Prozesse und Entscheidungen abzustimmen. Die Entwicklung dieser für die Behandlung wichtigen Organisationsstrukturen liegt in der Verantwortung der ärztlichen und pflegerischen Abteilungsleitungen und ist abhängig von ihrem Bewusstsein und ihrer Fähigkeit dies wahrzunehmen.

Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilungen haben nicht nur ein Ziel, sondern wie alle anderen Organisationen einige Ziele, die zeitweise in Konflikt zu einander stehen. Primäres Ziel einer Kinder- und Jugendpsychiatrie ist sicherlich die Behandlung der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien, aber auch das Wohlbefinden des Personals, ökonomische Orientierung der Organisation, Einfügen in das System des Krankenhauses und vieles mehr.

Für diese Ziele werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Haltungen gefordert, die immer wieder ausgesprochen, gefordert, und behauptet werden. Hier ist an Schlagworte zu denken wie psychotherapeutische Haltung – partizipative Behandlung – interdisziplinäres Team, etc. Jede dieser Aussagen ist nicht nur eine Individualentscheidung des einzelnen Behandlers, sondern muss durch die Aufbauorganisation und die Form, wie Entscheidungen prozessiert werden, grundgelegt sein.

Damit dies erfüllbar wird, ist neben der vom KAG vorgegeben Organisationsform eine differenzierte Gestaltung der inneren Organisation der Abteilung und der Verantwortlichkeit für den einzelnen Patienten notwendig.

Die Arbeitsaufgabe „Behandlung" in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Jede Organisation muss mit unterschiedlichen spannungsauslösenden Faktoren, wie Veränderungen von Anforderungen an die Organisation, dem Missverhältnis zwischen Aufgabe und Ressourcen, Personalwechseln, persönlichen Konflikten zwischen MitarbeiterInnen, umgehen.

Dies ist in kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen, die den Anspruch verfolgen auch psycho-

therapeutische Beziehungen einzugehen, in besonderer Form verstärkt. Da das Behandlungsangebot nicht nur aus der „richtigen“ Psychopharmakologie, Psychoedukation und Skillstraining besteht, sondern auch aus einer therapeutische Beziehung mit dem milieutherapeutischen Team der Betreuer und den anderen Behandlern, wird mit jedem Kind und seiner Familie eine hohe Spannung ins Team aufgenommen.

Damit entsteht zwischen dem Behandlungsteam einerseits und den Kindern und Eltern andererseits innerhalb von kurzer Zeit eine Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung. Diese findet im Team seine Resonanz und wird dem jeweiligen Strukturniveau entsprechend miteinander – wenigstens intentional (Sandler) – agiert. Die Konflikte im Team steigen an, es können Fronten im Team oder auch gegen Patienten und Eltern entstehen.

Diese Integration in die szenische Inszenierung des Patienten kann ganz offensichtlich sein, wie wir es z. B. bei Borderline Patienten kennen: das Team beginnt zu streiten oder es entstehen Krankenstände. Weniger deutlich kann die szenische Integration bei Depressiven sein, die eine Überfürsorglichkeit im Team erzeugen, aber damit auch wieder eine Situation, in der ihnen von der Umgebung nichts zugetraut wird.

Um die szenische Inszenierung [11] des Patienten wahrzunehmen bedarf es in erster Linie eines Bewusstseins dafür, dass die Reflexion der eigenen Beziehung zum Kind und der Beziehungen untereinander ein wichtiges diagnostisches Instrument ist, welche uns darüber Auskunft geben, wie Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungshindernisse [12] gestaltet sind.

Diese szenische Inszenierung ist einerseits eine wertvolle diagnostische Information, andererseits liegt darin aber auch die Gefahr, dass durch ein zu starkes Mitagieren das Störungsbild verstärkt wird und die Patienten retraumatisiert werden.

Um mit dem „Störfaktor“ Patient umzugehen braucht es ein klares Bewusstsein, dass es diesen gibt. Dies hängt von der Ausbildung und Fortbildung des Personals ab.

In der Organisation braucht es kohärente Teams, die über längere Zeit zusammenarbeiten und eine Kultur der Selbstreflexion entwickeln. Die Größe dieser Teams sollte 12 Personen nicht überschreiten, da sonst der soziale Überblick für die Einzelnen verloren geht und Subgruppenbildungen deutlich verstärkt werden. Gleichzeitig muss die Patientengruppe, für die das Team zuständig ist, klar definiert sein. Die Arbeit eines selbstreflexiven Teams stellt eine besondere Anforderung an die Teamleitung dar: „Als Teamleiter des Personals erleichtert er die Entwicklung eines umfassenden Verständnisses für die Wirkung, die der Patient auf das gesamte soziale System ausübt, …“ [13]. Ein geübtes Team mit einer brauchbaren Kommunikationskultur kann die meisten Gegenübertragungsszenen selbst regulieren und in Fallbesprechungen, Intervisionen und Supervisionen bearbeiten.

Wenn das Regulationssystem des Teams versagt, kommt es häufig zu einem Sprung auf die Leitungsebene der Abteilung [14]. Hier wird das Problem aber weniger als ein Behandlungsproblem formuliert, sondern der jeweiligen Organisationsphase der Abteilung entsprechend als dynamisches Thema wahrgenommen. Es wird zum Beispiel am Thema schwieriger Mitarbeiter oder nicht passender Patient (Institutionalisierung) oder unlösbarer Konflikt zwischen Personen (gruppal) als Berufsgruppenkonflikt oder Leitungsversagen (prägruppal) behandelt.

Auf dieser Ebene bedarf es einer sorgfältigen Zuordnung, welche Konflikte und Schwierigkeiten mehr einer Gegenübertragungsproblematik entspringen und welche reale Probleme der Organisation sind, um einerseits das institutionelle Gegenübertragungsagieren einzudämmen, aber auch andererseits das Abarbeiten institutioneller Schwierigkeiten an einzelnen Patienten zu vermeiden [15].

Wenn die Organisation mit diesen Aufgaben überfordert ist, beginnt sie, wie auch andere Systeme, die innere Spannung mit primitiven Mechanismen wie Idealisierung und Entwertung bzw. Ausstoßung zu regulieren [16]. Dies verändert die Wahrnehmung und kann dazu führen, dass in der Organisation in deutlich verstärktem Ausmaß Patienten l als für diese Einrichtung ungeeignet angesehen werden. Es kann eine Aktivität entstehen, diese Kinder und Jugendlichen zu entlassen, oder in andere Einrichtungen zu verlegen, wobei eine gleichzeitige Idealisierung bzw. Entwertung der Kooperationspartner erfolgt.

Dies wird mit dem Häufigerwerden bestimmter Aussagen erkennbar: „Der gehört auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie, damit es eine richtige Diagnose gibt.“ „Der hat nur eine Krise und soll zurück in die Wohngemeinschaft.“ „Die Jugendhilfe sollte endlich etwas tun.“ Das sind einige denkbare Varianten, die einerseits zur Ausstoßung von Klienten und andererseits zu irrationalen Konflikten mit den Kooperationspartnern führen.

Dabei kommt es zu einem interinstitutionellen Mitagieren der Störungsbilder im Sinne einer Wiederholung und damit zu einer Retraumatisierung.

Grundlagen von kooperativen psychosozialen Netzwerken

Die oben für Organisationen beschriebene Elemente, wie Bekanntheit der Personen untereinander sowie ihre genauen Aufgaben und Ressourcen, gibt es zwischen Organisationen in der Regel wenig, daher müssen diese erarbeitet werden [10, 17]. Hier sind zwei Ebenen relevant [18]:

1. Die beziehungsgebundene Ebene: Die Abnahme projektiver Abwehr ist durch das persönliche Kennen der anderen im Normalfall ein wirksamer Mechanismus. Gelungene Kooperationen haben meist ihre Wurzeln in der persönlichen Bekanntheit der

Tab. 2 Eckpunkte der Netzwerkorganisation

Eckpunkte der Netzwerkorganisation	
Beziehungsgebundene	Strukturgebundene
Den Anderen kennen Wissen um seine Aufgaben eine gemeinsame Sprache entwickeln	Definitionen (Sprache) Vorgangsweisen Standards (Wissensentwicklung) Vereinbarungen
Grundsätzliche Wertschätzung des Anderen und Anerkennung seiner Kompetenz	Personenunabhängige Verlässlichkeit in der Zusammenarbeit
Bekanntheit des Netzwerks – Öffentlichkeitsarbeit	

handelnden Personen, einem Vertrauen zueinander und einer gegenseitigen Wertschätzung.

2. Die strukturgebundene Ebene: Gleiche Situationen werden aus Sicht der unterschiedlichen Institutionen verschieden definiert. Es müssen daher zuerst gemeinsame Bezeichnungen für Situationen gefunden werden, z. B.: was ist eine Krise und welche Krisen gibt es, um dann zu vereinbaren, welche Einrichtung das Kind in der jeweiligen Situation am besten betreuen kann [19, 20].

Damit Kooperation überhaupt zu Stande kommt und sinnvoll ist, muss sie für die beteiligten Organisationen und ihre Mitglieder sinnvoll und nützlich sein. In einem ersten Schritt muss daher ein gemeinsames Ziel ausgearbeitet werden, das für die Beteiligten wertvoll und attraktiv ist. Ein Irrtum ist, dass Kooperation so etwas wie Verbrüderung ist und man in allen Bereichen gleiche Ziele verfolgt. Es ist daher im Rahmen des Zielfindungsprozesses wichtig zu klären, in welchen Bereichen man kooperiert, in welchen man konkurriert und in welchen man sogar kontroversiell ist [21].

Sowohl die beziehungsgebundene als auch die strukturgebundene Ebene verlangen eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit, die alle Personen, die in diesem psychosozialen Feld arbeiten, erreicht [22]. Dies ist besonders bei großen Netzwerken relevant, da kontinuierlich neue Personen in das Netzwerk integriert werden müssen und Standards und Vereinbarungen nur wirksam werden, wenn sie bekannt sind und umgesetzt werden (Tab. 2).

Für kleine Netzwerke – wie die eines niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters – reichen meist beziehungsgebundene Organisationsformen. Große Netzwerke (wie z. B. Kindernetzwerk Industrieviertel, Abb. 2) in denen die Kooperation von unterschiedlichsten Institutionen einer Versorgungsregion koordiniert werden sollen, bedarf es einer geplanten Entwicklung von Strukturen.

Die Netzwerkpartner in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind sehr heterogen und nur zu einem kleinen Teil aus dem medizinischen Versorgungssystem. Dies lässt sich auch anhand der Zuweiser in eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz [23] nachvollziehen (Tab. 3).

Am Beginn steht daher ein gemeinsamer Zielfindungsprozess, der das Comitment aller Beteiligten begründet. Damit ein Prozess des Miteinander-Bekannt-Werdens ermöglicht wird, müssen soziale Räume organisiert werden, in denen Informationen ausgetauscht und Konflikte angesprochen werden können. Dies verlangt eine klare Planung und gute Moderation der Treffen, damit der Austausch effektiv und zielführend ist.

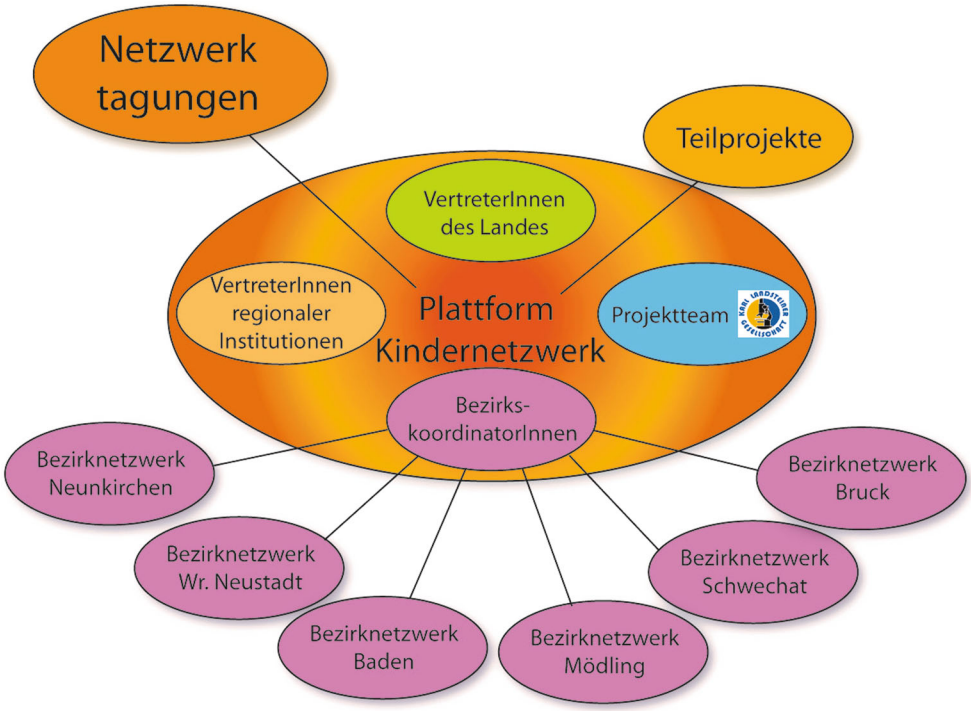

Abb. 2 Organisationsaufbau der Treffen im Kindernetzwerk Industrieviertel [10]

Tab. 3 Zuweiser in eine KJPP Ambulanz in % [23]

Initiative/Zuweisung	Prozent
Eigeninitiative	19,0
Zuweisung Privat	1,3
Zuweisung PädagogInnen	3,8
Zuweisung PsychologInnen	10,1
Zuweisung Medizinisch	25,3
Zuweisung Jugendhilfe	25,3
Zuweisung Schulsystem	12,7
Zuweisung TherapeutInnen	2,5

Schritt für Schritt wird es möglich und wichtig gemeinsame Vorgangsweisen zum Beispiel in Krisen – zu vereinbaren oder Zuweisungen zwischen Jugendamt, Beratungsstellen und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu entwickeln.

Zusammenfassung

Organisationen und Kooperationen zwischen Institutionen sind einer inneren und äußeren Dynamik im Sinn eines Gegenübertragungsagierens ausgesetzt. Die Reflexion dieser Prozesse ist für den Behandlungsablauf und die Beziehungsgestaltung relevant, da es sonst zu institutionellem Agieren und damit zur Stabilisierung des Störungsbildes kommt. Es bedarf einer bewussten Reflexion im BehandlerInnenteam, um diese Prozesse wahrzunehmen. Dafür braucht es im Team ein Wissen um und ein Bewusstsein für diese Prozesse, sowie Teams, die klein genug sind, um diese Arbeit zu leisten und eine Leitung die den Reflexionsprozess anleitet.

Eine Kooperation und Vernetzung der unterschiedlichen Helfersysteme ist ein wichtiger Schutz, damit es in der Behandlung und Betreuung nicht zu einer weiteren Schädigung der Klienten kommt.

Voraussetzung für kooperatives Handeln ist, dass sich die Helfer kennen und über die Aufgaben und Möglichkeiten anderer Helfersysteme informiert sind. Kooperationsstrukturen wie Standards für Abläufe, gemeinsame Dokumentation, vereinbarte Zuständigkeiten erleichtern die Zusammenarbeit, da sie nicht in jedem Einzelfall neu erarbeitet werden muss.

Die Entwicklung von kooperativen Netzwerkstrukturen fordert eine intensive und kontinuierliche Arbeit, um zwischen Personen und Organisationen Wissen übereinander und Vertrauen zueinander herzustellen und für unterschiedliche Aufgaben geeignete Kooperationsstrukturen zu erarbeiten.

Interessenkonflikt R. Fliedl und K. Sevecke geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Sievers B, Ohlmeier D, Oberhoff B, Beumer U, Hrsg. Das Unbewusste in Organisationen: Freie Assoziationen zur psychosozialen Dynamik von Organisationen (Psyche und Gesellschaft). Gießen: Psychosozial Verlag; 2003.
2. Lohmer M, Möller H. Psychoanalyse in Organisationen: Einführung in die psychodynamische Organisationsberatung. Stuttgart: Kohlhammer; 2014.
3. Kernberg O. Ideologie, Konflikt und Führung: Psychoanalyse von Gruppenprozessen und Persönlichkeitsstruktur. Stuttgart: Klett-Cotta; 2000.
4. Bion WR. Erfahrungen in Gruppen. Frankfurt: Fischer; 1990.
5. Rice AK. Führung und Gruppe. Stuttgart: Klett; 1973.
6. Edelweiss ML, Tanco Duque R, Schindler R. Personalisation. Wien Freiburg Basel: Verlag Herder; 1964.
7. Schindler R. Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. Psyche (Stuttg). 1957;1:308–14.
8. Bion WR. Eine Theorie des Denkens. Psyche (Stuttg). 1963;17(7):426–35.
9. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) StF: BGBl. Nr. 1/1957 Fassung 6. Juni 2017
10. Damm L, Fliedl R, Katzenschläger P, Tatzer E, Winter B. Bericht an den NÖGUS Erste Erfahrungen aus dem Netzwerk Industrieviertel. 2012. http://www.kindernetzwerk.at/node/169. Zugegriffen: 5.3.2017
11. Argelander H. Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstatt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1970.
12. Tatzer E, Hanich R, Fliedl R, Krisch K. Leben und Überleben mit stationär betreuten Kindern – Das Helfersystem als Spielball des Kindes? – Tagungsbericht des interdisziplinären Symposiums für Pädagogik und Therapie. Krise als Chance. Wien: Universitäts-Kinderklinik; 1991.
13. Kernberg OF. Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart: Klett-Cotta; 1985.
14. Main TF. The ailment. Br J Med Psychol. 1957;30:129–45.
15. Stanton AA, Schwartz MS. The Mental Hospital. New York: Basic Books; 1954.
16. Ghanim D. Hochrisiko Kinder, WIKI des Kindernetzwerks Industrieviertel. 2013. http://wiki.kindernetzwerk.at/index.php/Hochrisiko_Kinder. Zugegriffen: 5.3.2017
17. Jungmann J. Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche durch Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt und Bildungswesen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung und externen Koordination des Modellprojektes des Landes Sachsen-Anhalt. 2002.
18. Fliedl R. Die Stimme der Vernunft ist leise. Pädiatr Pädolog. 2017. https://doi.org/10.1007/s00608-017-0474-0.
19. Kindernetzwerkindustrieviertel. Krisenmanual für Kinder- und Jugendliche im Industrieviertel. 2015. http://www.kindernetzwerk.at/node/150. Zugegriffen: 14.3.2017
20. Elmer R, Thun-Hohenstein L. Krise als Chance – Handlungsleitfaden für die Krisenarbeit mit Kindern und Jugendlichen im Bundesland Salzburg. Land Salzburg, Abteilung 3. 2015.
21. Tatzer et al. Bericht des Niederösterreichischen Kinder- und Jugendplan; 2016 unveröffentlicht
22. Tatzer E, Damm L, Winter B, Fliedl R. Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf. Resonanzen. 2013;1(2):138–51.
23. Fliedl R. Probleme der Primärversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Pädiatr Pädolog. 2013;48(Suppl 1):85–90.