

Harald Tornow, März 2006

EREV-Forum Jugendhilfe und Psychiatrie in Eisenach 13.-15.03.2006

Eingangsreferat: Wieso und wozu braucht die Kinder- und Jugendhilfe die Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Meine Damen und Herren,

ich möchte zu Beginn gleich beichten, dass ich mich dazu entschlossen habe, das mir gestellte Thema zu verfehlen.

Dieses Forum dient der Intensivierung der Kooperation zwischen zwei Versorgungssystemen und der Kommunikation zwischen zwei Professionsgruppierungen, hier die Gruppe der in der Jugendhilfe Tätigen mit der Leitprofession Sozialpädagogik und dort die Gruppe der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tätigen mit der Leitprofession Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Es wäre kein guter Einstieg in das Forum, wenn die eine Seite mit einem Erwartungskatalog, einer Bestellung oder einem Pflichtenheft begänne, weil dieses einer Einladung zu einer Nachfrager-Lieferanten-Beziehung gleich käme, und eine solche wahrscheinlich weder die Kommunikation fördert, noch zu dem Thema Kooperation hinführt.

Da ich die Aufgabe übernommen habe, eine Rezension zu schreiben über das Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie, muss ich notgedrungen 58 Aufsätze lesen, die dort von Fegert und Schraper zusammen getragen wurden. Der Überdruß, den Sie gewiss aus dieser Formulierung herausgehört haben, besteht in vielen Beiträgen aus der eintönigen Wiederholung folgenden Musters:

- Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie haben es mit gleichen Problemlagen und Zielgruppen zu tun.
- Beide Systeme müssen miteinander kooperieren.
- Kooperation ist schwierig.
- Am Schluss eines Artikels folgt dann entweder ein ermutigendes Beispiel oder ein Aufruf zur Zusammenarbeit.

Ich habe mir vorgenommen, in meinem Referat diesem Muster nicht zu folgen, sondern getrost davon auszugehen, dass alle im Raum wissen, um welche Problemlagen es geht, dass niemand davon überzeugt werden muss, dass Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Wohl der Adressaten zusammenarbeiten müssen und dass wir während des Forums noch genug Beispiele für Kooperationsformen kennen lernen werden. Stattdessen möchte ich zur Einführung drei Thesen vertiefen:

1. Wer kooperieren will, muss wissen, welches Verhältnis die beteiligten Systeme zueinander einnehmen sollen. Wenn das nicht geklärt ist, werden in den Interaktionen die Themen Nähe-Distanz, Identität-Verschmelzung, Wertigkeit und die Machtfrage dominieren.

2. Wer kooperieren will, muss seine Professionalität geklärt haben. Wenn er das nicht geklärt hat, kann er nicht die Rolle des gleichwertigen Partners einnehmen.

3. Wer kooperieren will, muss wissen, was er einbringt und was er heraus bekommen will. Wenn er das nicht weiß, könnte es leicht zu einer Kunden-Lieferanten-Beziehung kommen.

Teil 1:

Grundmuster der Systembeziehungen

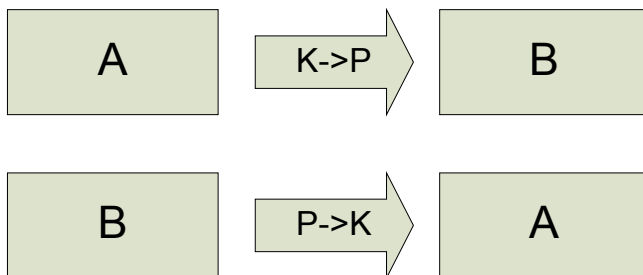
Ich meine, zurzeit fünf Kooperationsmuster zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie auszumachen, wobei ich die Nicht-Beziehung „Ko-Existenz“ einmal weglasse, obwohl nicht vergessen werden sollte, dass eine friedliche Koexistenz auch eine wertvolle Beziehungsqualität ist. Interessanter sind jene Beziehungen, bei denen durch Übergänge zwischen den Systemen, durch Berührungen oder durch das Ineinandergreifen mehr Wissen und neue Handlungsoptionen entstehen, als jedes System allein hervorbringen könnte.

Die Beziehungsmuster differieren nach der Intensität der Interaktionen und nach dem Gefälle des Gebens und Nehmens. Mit A sei das System Jugendhilfe und mit B das System Kinder- und Jugendpsychiatrie bezeichnet. K und P sind die Abkürzungen von „Klient“ und „Patient“.

1. Neutrales Muster Empfehlung / Überweisung

Dieses ist die schwächste Beziehung. Klienten wechseln die Systeme auf Empfehlung des abgebenden Systems. Das einzige Bindeglied findet sich in der Biografie des Klienten, der jetzt in den Patientenstatus wechselt oder umgekehrt. Möglicherweise gibt es noch einen Informationsfluss in Form eines Berichtes.

Die Kooperation besteht darin, dass das überweisende System genaue Vorstellungen davon hat, ob und in welcher Weise das aufnehmende System für den Klienten / Patienten hilfreich sein kann und wie die Zugangswege sind. Da die Systeme nicht direkt interagieren, ist das Merkmal der Gleichgewichtigkeit nicht zutreffend. Jedes System trifft seine Handlungsentscheidungen selber. Allein der Klient / Patient und das angefragte System entscheiden darüber, ob ein Übergang tatsächlich erfolgt.



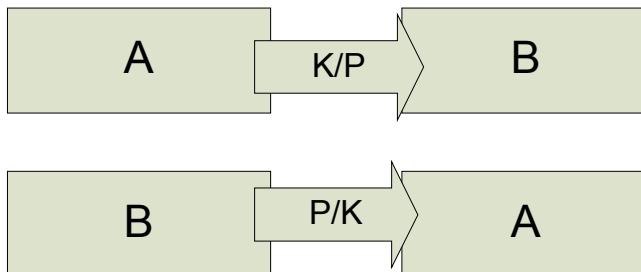
2. Komplementäres Muster Verlegung

Im Gegensatz zu einer Empfehlung findet zwischen den beiden Systemen eine Interaktion statt. Das abgebende System ist zu einer fachlichen Entscheidung gekommen und hat ein großes Interesse daran, dass der Klient oder der Patient in das andere System wechselt. Über die Überzeugung hinaus, dass dieses gut für den Nutzer wäre, gibt es oft ein Eigeninteresse des Systems, weil vielleicht eine Kräfte bindende und bedrohliche Entwicklung eines Klienten oder ein Verwehren ohne Perspektive beendet werden muss. Komplementär ist dieses Muster insofern, als einer das Problem hat und der andere die potenzielle Lösung sowie die Macht, dieses anders zu sehen oder die Lösung zu verweigern.

Eingänge in Systeme sind mit Prüfungen und formalen Prozeduren verbunden. Wenn das eine System eine partnerschaftlich gestaltete, unkomplizierte Verlegung anstrebt, das andere System aber eine normale Aufnahmeroutine anwendet, kann diese Komplementarität mitunter zu erheblichen Konflikten führen. Da das abgebende System in jedem Fall gewonnen hat, wenn die Verlegung erfolgt ist, trägt das aufnehmende System allein das

Risiko, seinerseits jetzt ein Problem zu haben oder mit Erfolglosigkeit leben zu müssen. Da Verlegungen meistens nur in eine Richtung laufen, kann das aufnehmende System noch nicht einmal mit einem Entgegenkommen in entgegen gesetztem Fall rechnen.

Diese Komplementarität kann durch persönliche Beziehungen abgemildert werden. Besser wären allerdings strukturelle Lösungen, die bei Verlegungen besondere Prozesse vorsehen und einen Risikoausgleich für das entgegenkommende aufnehmende System vorsehen.



3. Komplementäres Muster hinzu geholte Fachlichkeit

Systeme kommen mitunter an ihre Grenzen, Dinge zu verstehen und in der Folge nicht zu wissen, wie sie handeln sollen. In diesen Fällen werden Fachleute aus dem anderen System hinzugeholt, die in das ratlose oder handlungsbegrenzte System Wissen - oder besser Deutungskompetenz - und Methodenkompetenz einbringen. Deutungskompetenz nutzen in der Regel die Mitarbeiter, Methodenkompetenz richtet sich direkt an den Klienten.

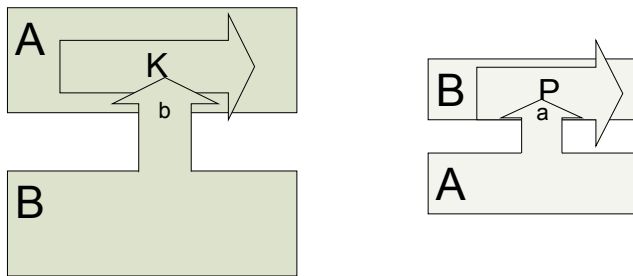
Dieses Muster kann als ständige Ergänzung in das System eingebaut sein, oder es wird dann aktiviert, wenn die eigenen Mittel nicht ausreichen.

Wenn der letztere Fall sich auf Wissen bezieht, könnte man von Konsultation sprechen. Oder es sind Dienstleistungen für die Klienten, die von außen „dazugekauft“ werden.

Zu dieser Kooperationsform zählen auch Verlegungen für eine begrenzte Zeit in ein anderes System, ohne die Hauptverantwortlichkeit aufzugeben. Das sind beispielsweise zeitlich befristete Aufenthalte in andere Systeme mit den Zwecken Time-out, Krisenintervention, Diagnostik/Clearing. Schwierigkeiten entstehen dann, wenn solche Maßnahmen seitens des anderen Systems mit dem Muster Empfehlung oder Verlegung beantwortet werden.

Komplementär ist dieses Beziehungsmuster insofern, als die Verantwortlichkeit in dem zuständigen System bleibt, während das andere System lediglich auf Veranlassung des verantwortlichen Systems einen Beitrag liefert.

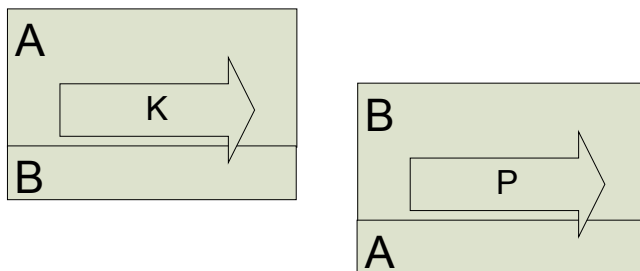
Diese Form von Kooperation kommt fast ausschließlich in der Richtung B → A vor. Ich kann mir kaum einen Fall vorstellen, in dem Kinder- und Jugendpsychiatrie an Wissens- oder Methodikgrenzen stößt, die komplementär von Sozialpädagogik oder sozialer Arbeiter mit spezifischer Professionalität überwunden werden können. Der umgekehrte Fall ist dagegen durchaus häufig, da es eine Problemlösungsstrategie der Sozialpädagogik ist, eigene Grenzen des Verstehens oder Einflusses auf psychische Störungen und Erkrankungen oder unerkannte Behinderungen zurückzuführen. Umso größer ist die Enttäuschung, wenn der Psychiater oder Psychotherapeut diese Deutungen nicht übernimmt, sondern auf Mängel in der Erziehung, auf das ungünstige Milieu oder die schlechte Zusammenarbeit mit den Eltern oder innerhalb des Teams zurückverweist. Wenn es gut läuft, kann sich daraus eine Supervisionsbeziehung entwickeln.



4. Symmetrisches Muster Ko-Produktion

Dieses sind strukturell verankerte Kooperationsformen, bei denen beide Systeme in Permanenz ihre Beiträge liefern. Bei der Konzeptbeschreibung, Aufnahme, Diagnostik, bei problematischen Entwicklungen und Kriseninterventionen und in der Elternarbeit dominieren oft die psychologisch-therapeutischen Professionen. Da dieses die Schlüsselprozesse sind, über die sich das leitende Paradigma manifestiert, ist in diesem System Jugendhilfespezifisches manchmal nur schwer auszumachen. Daraus ergibt sich eine große konzeptionelle Nähe dieser Institutionen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie. Symmetrie oder Jugendhilfedominanz wird nur dadurch erreicht, dass die Leitung bei jemandem mit Jugendhilfetradition liegt und die Organisationsstruktur und Führungsprozesse jugendhilfespezifisch sind.

Auch hier ist eine klinisch ausgerichtete Jugendhilfeeinrichtung wahrscheinlicher als eine sozial-pädagogisch ausgerichtete psychiatrische Einrichtung.



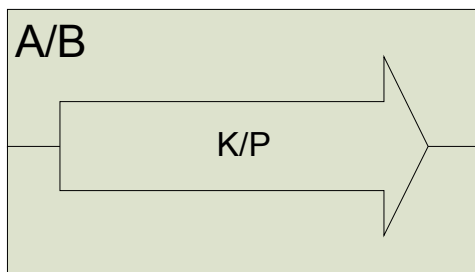
5. Symmetrisches Muster der Integration

Bei diesem letzten, intensivsten Zusammengehen der beiden Systeme kann eigentlich nicht mehr von Kooperation gesprochen werden, weil hier quasi ein neues System entstanden ist. Die Identität stiftenden Merkmale der Ursprungssysteme sind nicht mehr einzelnen Teilen zuzuordnen. Es macht keinen Sinn mehr, zwischen Pädagogen und Pflegern, zwischen Stationsarzt und Erziehungsleiter zu unterscheiden. Niemand weiß so genau, ob man nun von Klienten oder Patienten sprechen sollte.

Solche Verschmelzungen bringen zwei Probleme mit sich, von denen das interne gelöst werden kann, das externe aber immer schwieriger zu lösen ist. Obwohl im politisch-administrativen Bereich Integration, Vernetzung und Kooperation gefordert werden, gehen die Finanzierungssysteme und das bürokratische Kontrollsystem einen anderen Weg. Misch-Finanzierungen personenbezogener Dienstleistungen sind kaum noch zu realisieren, weil jeder Leistungsträger das Bestreben hat, nur noch das rechtlich Notwendige zu bezahlen. Das betrifft auch die Zuordnung von Personal, deren Tätigkeit sich exakt nach vereinbarten Aufgaben und Minutenwerten zu richten hat. Ein integriertes System muss zwei Qualitätsmanagementsysteme gleichzeitig realisieren, braucht einen hohen buchhalterischen Aufwand und ein Controllingsystem, das jeglichem Integrationsgedanken widerspricht.

Das intern zu lösende Problem betrifft die berufliche Orientierung und Rollensicherheit. Diese muss ein integriertes System für sich neu erfinden, weil jeglicher Import von Sprach- und Deutungsmustern, Rolleninszenierungen, Handlungsroutinen die Integration gefährdet. Die Bereitschaft, alte Sicherheiten, den erworbenen Status, Denk- und Handlungsgewohnheiten zu verlassen, kann dann erreicht werden, wenn von den Professionen ein Zugewinn erwartet werden kann. Dieser kann darin bestehen, auf dem eigenen Erfahrungshintergrund in einem multidisziplinären Team die Profession noch einmal neu erfinden zu dürfen oder darin, darauf stolz zu sein, in einem einmaligen Experiment mitgestalten zu dürfen.

Es besteht allerdings die Gefahr, dass das Neue von außen nicht verstanden wird, weil der Systemexterne nicht auf bisherige Rollen und Prozesserwartungen zurückgreifen kann. In dem Maße, wie man sich selbst versteht, verstehen einen die anderen nicht mehr. Eine andere Gefahr ist, dass die zeit- und beziehungsintensiven Neuorientierungen und Selbstfindungen, die vielleicht in Pionierphasen attraktiv sind, als Daueraufgabe zu wenig Kraft für das operative Geschäft und den Alltag übrig lassen. Insofern ist die Gefahr groß, dass es letztlich zu einer Pseudo-Symmetrie zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zugunsten letzterer kommt, aus Gründen, die ich in einem nächsten Gedankengang darlegen möchte.



Teil 2:

Mangelnde Professionalisierung sozialer Arbeit als Ursache für die Schwierigkeit, auf Augenhöhe zu kooperieren.

Eine Hauptursache für die Schwierigkeiten bei der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie scheint mir die unterschiedliche Professionalisierung in den beiden Systemen zu sein. „Im engeren Sinne meint Professionalisierung die Entwicklung eines Berufs zu einer Profession. Als Profession wird dabei ein akademischer Beruf mit hohem Prestige betrachtet, der vor allem wegen der Herausforderung, die in der Aufgabe liegt, ausgeübt wird. Die Profession wird abgegrenzt gegen den Job (...) und zum Beruf, der den Lebensunterhalt auf Dauer sichern soll.“ (Wikipedia, 2006).

Der Prozess der Professionalisierung geschieht nach Niklas Luhmann, wie jegliche soziale Binnenstrukturierung, durch die Ausbildung von Differenz. Die Professionalisierung eines Berufs kann dann als weit fortgeschritten oder gelungen angesehen werden, wenn sich Mitglieder der Profession Wissen und exklusive Deutungs- und Handlungskompetenz erworben haben, und wenn dieses von außen anerkannt wird. Die Sicherheit der Profession selbst, wichtige Dinge zu wissen und zu können, geht einher mit dem Vertrauen, das ihr entgegen gebracht wird, die Dinge auch wirklich zu wissen und zu können. Je mehr dieses Wissen existenzielle Aspekte des Lebens betrifft, desto höher das Prestige. Solche Aspekte sind Gesundheit, Tod, Gott, Recht, Beziehungen, Erziehung, neuerdings auch Geld.

Professionen bilden ihre Differenz heraus durch eigene Sprache und Deutungsmuster, durch Symbole und Rituale, durch Handlungsmonopole und ein Binnen-Kontrollsystem.

Die Profession des Kinderpsychiaters sattelt auf Profession des Mediziners auf. Auch wenn die Kinderpsychiatrie als fachärztliches Subsystem noch jung ist, kann sie doch auf die lange

Tradition der medizinischen Professionalisierung zurückblicken. Habitus und Gestus, Sprache und Zugangsrituale, sichernde Organisationen und vor allem die Zuschreibung von Kompetenz und Prestige lassen keinen Zweifel daran zu, dass es psychisch kranke Kinder gibt und dass der Arzt hierzu die wissenschaftlich fundierten Kenntnisse hat. Wenn er außerdem die Definitionsmacht zugestanden bekommt, zu unterscheiden, wann ein junger Mensch krank, behindert oder bedroht ist, kann er seinen Zuständigkeitsbereich selbst wählen und innerhalb des Zuständigkeitsbereichs professionell eigenverantwortlich handeln. In der Definitionsmacht des Psychiaters liegt auch die Definition der Schuldfähigkeit und der Ursachenzuweisung. Gerade im Fall misslingender Erziehung ist die Schuldfrage zentral. Wie erleichtert sind Eltern, wenn sie mittels einer Diagnose erkennen können, dass sie nichts falsch gemacht haben, allenfalls aus Unkenntnis. Auch wenn diese Diagnose das Leid nicht lindert und kein Problem gelöst hat. Das Unvermögen, dem Geschehen einen Namen, eine Bedeutung und eine Ursache zu geben, ist überwunden, und das wird fast schon als Lösung empfunden.

Sozialpädagogik arbeitet ähnlich lange an ihrer Professionalisierung wie die Kinderpsychiatrie, aber viel weniger erfolgreich. Erziehen kann jeder. Reden über Erziehung kann auch jeder. Dass Sozialpädagogik mit schwierigen Kinder und Lebenslagen arbeitet, bringt ihr positive Anerkennung ein, aber weniger in Form von Zuschreibung eines besonderen Wissens oder Könnens, sondern in Form der Anerkennung für die persönliche Bereitschaft, sich solchen anstrengenden und unangenehmen Situationen auszusetzen. Aus einem Aufsatz von Friedhelm Ackermann über die Professionalisierung Sozialer Arbeit mit dem Titel „Beruf, Disziplin, Profession“ zitiere ich: „Die Soziale Arbeit verfügt damit über kein eindeutiges und vor allem fachlich ausgewiesenes Vergesellschaftungs- und Vergemeinschaftungsmuster. Vielmehr ritualisiert sich die berufliche soziale Praxis primär über subjektive Orientierungen und den privaten Lebensstil ... Dementsprechend wird plausibel, weshalb die in der Sozialen Arbeit Tätigen nur einen undeutlich konturierten professionellen Habitus ausprägen und entwickeln.“ (Ackermann, 2000, <http://www.qualitative-sozialforschung.de/profession.htm>)

Wenn zwei Berufe so nahe beieinander stehen wie Kinderpsychiatrie / Psychotherapie und Sozialpädagogik / Soziale Arbeit ist die Aufgabe der Differenzbildung besonders wichtig. Nun muss allerdings festgestellt werden, dass die Professionalisierung der Sozialpädagogik in der Erziehungshilfe im Wesentlichen erfolgt über die Orientierung an den Referenzsystemen Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie. In den Jugendämtern kommt noch das Referenzsystem Recht hinzu. Besonders bei Sozialpädagoginnen in den klinisch orientierten Erziehungshilfeeinrichtungen und in Beratungsstellen erfolgt eine Orientierung hin zum Psychologisch-Therapeutischen, oftmals verbunden mit einer therapeutischen Weiterbildung, die erst den eigentlichen beruflichen Status bringt.

Ohne es weiter vertiefen zu wollen, gehe ich also von der These aus, dass Sozialpädagogik und damit die Sozialpädagogik in der Jugendhilfe viel weniger professionalisiert ist als die Kinderpsychiatrie / Psychotherapie und dass die professionellen Anteile des Berufsbildes im Wesentlichen Anleihen aus dem medizinischen System sind. Wenn diese Annahme stimmt, kann schlechterdings eine symmetrische Kooperation „auf Augenhöhe“ nicht gelingen. Die professionellen Anteile werden vom Originalsystem fundierter und mit höherer zugeschriebener Vertrauenswürdigkeit erbracht. Soziale Arbeit kann daran allenfalls partizipieren.

Auf die Kooperationsmodelle angewandt:

- Überweisungen der schwierigsten Fälle werden von der Jugendhilfe in die Kinderpsychiatrie verlaufen und nicht umgekehrt.
- Bei Verlegungen wird die Definitionsmacht auf Seiten des klinischen Systems liegen, überstimmt allenfalls noch von der Vetomacht der Leistungsträger.

- Konsultationen und Qualifizierungen werden eher von der Jugendhilfe bei der Kinderpsychiatrie nachgesucht und nicht umgekehrt.
- Bei Ko-Produktionen wird soziale Arbeit mehr um ihren Beitrag und Einfluss kämpfen müssen als umgekehrt, ebenso bei Integrationsmodellen.

Teil 3

Kooperation ist mehr als die Ergänzung von Kinderpsychiatrischer Fachlichkeit

Nach dem Gesagten macht diese Frage im Zusammenhang mit Kooperation keinen Sinn. Kooperation entsteht nicht durch Erwartungen, sondern durch Austauschverhandlungen. Die einzige Einschränkung, bei der die Frage legitim ist, ist das Muster Konsultation. Wenn Jugendhilfe als Kunde bei der Kinderpsychiatrie anklopft, reicht es, wenn sie weiß, welches Problem sie hat was sie haben möchte:

- Können Sie mir das Verhalten des Kindes, das ich nicht mehr verstehe, erklären? Antwort: Ich werde Ihnen eine diagnostische Einschätzung geben. Dass damit Ihr Nichtverstehen verschwindet, kann ich nicht versprechen.
- Können Sie das Kind mit einem Medikament lernfähiger machen? Antwort: Möglicherweise ja. Dazu müssen wir uns erst einmal ein Bild machen, ob es Ursachen für eine Lernstörung gibt, die mit medizinischen Mitteln beeinflussbar sind.
- Können Sie zu uns in das Team kommen? Wir sind uns nicht einig hinsichtlich der Erziehungsstrategien. Antwort: Das ist eine Anfrage zur Fallsupervision. So etwas machen wir normalerweise nicht, es sei denn, Sie streiten um eine kinderpsychiatrische Einschätzung.

Je klarer die Fragen sind, je weniger übergriffig die Formulierung, je besser die Zugangswege eingehalten werden, desto besser die Aussicht auf eine gute Dienstleistung.

Aber meinten wir das mit Kooperation? Sicherlich nicht, wenn wir die Erwartung haben, dass Kooperation durch einen Austausch von Wissen und Handlungsoptionen besteht, der mehr bringt als eine Addition von Wissen und eine Aneinanderreihung von Handlungen. Dafür ist aber nicht die Frage entscheidend, was Jugendhilfe von der Kinderpsychiatrie will, sondern was Jugendhilfe von sich selber will und der Kinderpsychiatrie anbieten kann.

Die Kooperationsmöglichkeit würde sich sofort anders darstellen, wenn Jugendhilfe und ihre Leitprofession Sozialpädagogik einen exklusiven, anerkannten eigenen professionellen Beitrag von Wissen und Handlungsoptionen liefern würde. Mit Wissen meine ich vor allem ein leitendes Paradigma des Sozialen und seiner Reproduktion durch Erziehung einschließlich der Sprachspiele, dieses so auszudrücken, dass es verstanden und als glaubwürdig wahrgenommen wird. Um diese Zuschreibung zu erlangen, sollte das Wissen überzeugend, wesentlich, wissenschaftlich fundiert und erfahrungserprobt sein und Festlegungen (wenn auch nur vorläufige) enthalten.

In dem Maße, in dem Jugendhilfe deutlich machen kann, dass sie einen anderen Zugang zur Entwicklung junger Menschen und zur Bewertung der Bedingungen ihres Aufwachsens hat, dass sie andere Einmischungsstrategien einsetzt und auf andere Weise Veränderungen bewirken kann als die Kinderpsychiatrie, wird eine Kooperation der Systeme gelingen.

Ich selber bin kein Pädagoge, sondern in der beruflichen Sozialisation mehr von klinischen Modellen geprägt. Deswegen kann ich der Sozialpädagogik nicht raten. Ich glaube aber,

dass die Kernkompetenz der Jugendhilfe in der Unterstützung und Schaffung von Lebenswelten liegen sollte, die eben nicht vom Krankheitsparadigma als Problemursache ausgehen sollte, sondern von dem nicht realisierten Wunsch der Menschen, ihr Leben selbst zu bestimmen, dazuzugehören und geliebt zu werden, herausgefordert zu werden, über sich hinauswachsen zu wollen und einen Beitrag in einem größeren Ganzen zu liefern.

Jugendhilfe muss nicht Kinderpsychiatrie können, sie muss Jugendhilfe gestalten und vermitteln können. Dann stellt sich Kooperation leichter ein.

Literatur:

Ackermann, F. (2000): Beruf, Disziplin, Profession? Ein kurzer Überblick über qualitative Studien zur Professionalisierung Sozialer Arbeit. In: Qualitative Sozialforschung, Juli-Ausgabe, <http://www.qualitative-sozialforschung.de/profession.htm>



Dr. Harald Tornow
e/l/s-Institut GmbH für Qualitätsentwicklung
Diakonissenweg 44
42489 Wülfrath
tel 0202 2729-471
fax 0202 2729-479
Email harald.tornow@els-institut.de
Web www.els-institut.de