



Aktuelle Beiträge
zur Kinder- und Jugendhilfe 79

**Psychisch gestört oder
„nur“ verhaltensauffällig?
Kooperation von
Jugendhilfe und Kinder- und
Jugendpsychiatrie in einem
schwierigen Dunkelfeld**

Dokumentation der Fachtagung
in Kooperation mit der Klinik für Kinder-
und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
des Universitätsklinikums Ulm
am 11. und 12. November 2010 in Berlin

Die Fachtagung wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Impressum:

Herausgeber:

Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH
Zimmerstraße 13-15 · 10969 Berlin

Redaktion, Satz und Layout:

Dörte Jessen
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Berlin

Fotos:

Rita Rabe
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Berlin

Hinweise zur Download-Ausgabe:

Der vorliegende Tagungsband wird von der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik nicht mehr als Druckfassung aufgelegt. Es besteht die Möglichkeit, die Fachbeiträge und Diskussionen aus dem Internet herunter zu laden. Leerseiten und Fotoseiten wurden entfernt.

Berlin 2011

ISBN 978-3-931418-86-1

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Eröffnung	7
UNIV.-PROF. DR.-ING. KLAUS J. BECKMANN Wissenschaftlicher Direktor und Geschäftsführer, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin	
Eröffnung	11
PROF. DR. JÖRG M. FEGERT Ärztlicher Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm	
Zum Stand der Dinge: Kinder- und Jugendpsychiatrie als interdisziplinäres Schnittstellenfach	
Grundlagen: „Was heißt psychisch krank, (parallele) Hilfesysteme, gestiegene Fallzahlen, gestiegene Kosten, aber weniger Geld?“	15
PROF. DR. JÖRG M. FEGERT Ärztlicher Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm	
Es „knistert“ zwischen den Systemen: Wie sieht die Realität in der Kinder- und Jugendhilfe aus? Schlaglichter aus deutschen Jugendämtern	
Vom Klient zum Patient und zurück? Kinder und Jugendliche in der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – verloren zwischen den Systemen?	50
THOMAS HARKENTHAL Leiter der Abteilung Jugend, Familie und Schule, Bezirksamt Kreuzberg von Berlin	
Die Praxis in Karlsruhe	55
DR. SUSANNE HEYNEN Leiterin des Jugendamtes Karlsruhe	
Die Praxis in Duisburg	59
THOMAS KRÜTZBERG Leiter des Jugendamtes Duisburg	
Die Praxis im Landkreis Ostvorpommern	62
IRENE PAUL Jugendamtsleiterin, Landkreis Ostvorpommern, Anklam	
Schwer psychisch gestörte Kinder und Jugendliche ... und die hilflosen Helfer (oder doch nicht?)	67
Aus Sicht der Psychiatrie	
PROF. DR. RENATE SCHEPKER Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ravensburg	

Schwer psychisch gestörte Kinder und Jugendliche ... und die hilflosen Helfer (oder doch nicht?) Aus Sicht der Jugendhilfe	80
---	-----------

PROF. DR. CHRISTIAN VON WOLFFERSDORFF
emeritiert, ehemals Erziehungswissenschaftliche Fakultät, Universität Leipzig

Arbeitsgruppen

Vom Papier zum Gespräch zum „Miteinander handeln“: Kommunale Strategien für die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Arbeitsgruppe 1: Kennenlernseminar, Fallkonsultation und Krisentelefon ... Kooperationsstrategien in der Stadt Duisburg	103
--	------------

THOMAS KRÜTZBERG
Leiter des Jugendamtes Duisburg

Kooperationsvereinbarung zwischen der Jugendhilfe und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Stuttgart	111
--	------------

JOHANNES SCHMITT-ALTHAUS
Leiter der Abteilung Familie und Jugend 1, Jugendamt der
Landeshauptstadt Stuttgart

Arbeitsgruppe 2: Die Kooperationsstrategien des Sozialpsychiatrischen Jugendhilfezentrums München/Ein Netz für die Schwierigsten: Kooperationsprojekt des Jugendamtes und der Heckscher Klinik	117
---	------------

DR. MARIA KURZ-ADAM
Leiterin des Jugendamtes der Landeshauptstadt München
DR. BÄRBEL WEHR
Leiterin der Abteilung Angebote der Jugendhilfe, Jugendamt der
Landeshauptstadt München

Arbeitsgruppe 3: Strategien der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe im oberschwäbischen Raum und die damit gesammelten Erfahrungen in der kommunalen Praxis	131
---	------------

PD DR. MED. MICHAEL KÖLCH
Leitender Oberarzt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie,
Universitätsklinikum Ulm

Arbeitsgruppe 4: Hamburger Modellprojekt für sexuell auffällige Minderjährige – Familieninterventionsteam (FIT)	140
--	------------

BERND PRIEBE
Theologe, Sexualpädagoge, Therapeut für sexuell misshandelte Kinder und
Jugendliche (DGgKV e.V.), Wendepunkt e.V., Hamburg

Arbeitsgruppe 5: Blackbox – Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule	154
---	------------

DR. SIEGFRIED HALLER
Leiter des Jugendamtes der Stadt Leipzig

Arbeitsgruppe 6: Med in NRW – Ein Projekt zur Schulverweigerung und Arbeitslosigkeit bei jungen Erwachsenen in Essen	164
DR. MED. VOLKER REISSNER Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen	
Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie unter den jetzigen gesetzlichen Rahmenbedingungen	177
PROF. DR. UTE ZIEGENHAIN Leitende Psychologin, PD DR. MED. MICHAEL KÖLCH Leitender Oberarzt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm	
Strategien der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in Rheinland-Pfalz	187
BERNHARD SCHOLTEN Leiter der Abteilung Familie und Generationen, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Mainz	
Noch einmal zum Stand der Dinge: Was wäre, wenn die große Lösung käme? Und was sagt die Kinder- und Jugendhilfe dazu?	195
PROF. DR. DR. H.C. REINHARD WIESNER Ehemaliger Leiter des Referates Kinder- und Jugendhilferecht, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin	
Noch einmal zum Stand der Dinge: Was wäre, wenn die große Lösung käme? Und was sagt die Kinder- und Jugendhilfe dazu?	205
BERNHARD SCHOLTEN Leiter der Abteilung Familie und Generationen, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Mainz, Teilnehmer Bund-Länder-AG „Inklusion von jungen Menschen mit Behinderungen“	
Literaturhinweise	213

Eröffnung der Tagung

UNIV.-PROF. DR.-ING. KLAUS J. BECKMANN

Wissenschaftlicher Direktor und Geschäftsführer, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich zur Veranstaltung „Psychisch gestört oder ‚nur‘ verhaltensauffällig? Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem schwierigen Dunkelfeld“.

Mein Name ist Klaus Beckmann, ich leite seit etwas mehr als vier Jahren das Deutsche Institut für Urbanistik. Das Deutsche Institut für Urbanistik ist die größte Stadtforschungseinrichtung im deutschsprachigen Raum. In die Einrichtung des Difu ist seit nunmehr etwas über einem Jahr auch die Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe (AGFJ) eingegliedert. Ich selbst bin organisatorisch für die AGFJ verantwortlich und versuche dabei ein wenig, auch Gesprächspartner im Fachlichen zu sein, aber als Ingenieur lerne ich wahrscheinlich eher, als dass ich Inputs geben kann. Die Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe unter der Leitung von Frau Landua ist ein Bereich, der dokumentiert, dass sich eine Forschungs- und Fortbildungseinrichtung wie das Deutsche Institut für Urbanistik inhaltlich-thematisch weiterentwickeln muss und auch tatsächlich weiterentwickelt, nämlich in Themenfeldern, die den Gemeinden, den Städten und Landkreisen wichtig sind oder auch über die Zeit erst wichtig werden. Dazu gehört in letzter Zeit verstärkt die Jugendhilfe. Daher sind wir froh, dass wir in einer langen Tradition von 15 Jahren die Arbeitsgruppe – mit unterschiedlicher Namensgebung – im Zusammenhang mit dem Difu und nun direkt im Difu haben.

Das Deutsche Institut für Urbanistik selbst beschäftigt sich mit all den Fragen, die für die Gemeinden aktuell handlungsrelevant sind, aktuell eine Problemlage darstellen, aber auch mit Fragen, die die perspektivische Ausrichtung der Gemeinden und der Städte betreffen. Dazu gehört u.a. die Bevölkerungsentwicklung (Demografie). Dabei befinden wir uns mit unseren Betrachtungen meist eher am anderen Ende der Alterspyramide als im Rahmen der heutigen Betrachtung, also bei den Entwicklungen in Bezug auf ältere Menschen und bei den Implikationen, die diese für die Stadt- und Infrastrukturentwicklung haben. Das Difu setzt sich jedoch ebenso mit Umwelt- und Klimaschutz auseinander, außerdem mit Mobilität und Verkehr, also mit allen Themen, die für die Städte und die Lebensmöglichkeiten der Menschen in den Städten wichtig sind. Dieses sehr breite Spektrum kumuliert häufig auch in – uns alle betreffenden – Fragen nach der finanziellen Ausstattung der Kommunen heute und morgen.

Die Themen mit zukunftsbezogenem Charakter umfassen vor allem auch solche, die sich mit den Kindern und Jugendlichen in ihren unterschiedlichen Altersstufen und den Anforderungen an die Städte in Bezug auf die Bereitstellung eines geeigneten räumlichen Umfeldes und von entsprechenden Leistungen, also an die Bereiche, in denen Städte und ihre Partner für die Kinder und Jugendlichen aktiv werden müssen, beschäftigen. Uns geht es darum, dazu beizutragen, dass die Arbeit vor Ort zukunftsfruchtig und effizient geleistet werden kann.

Das heute gestellte Thema hat eine besondere Bedeutung. Für uns ist der erste Indikator für diese Bedeutung unsere eigene Einschätzung der Relevanz des Themas – in der Kooperation mit den Partnern, in diesem Fall mit dem Universitätsklinikum Ulm, dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, mit Herrn Professor Fegert und Frau Professor Ziegenhain. Ihnen beiden ein ganz besonders herzliches Willkommen und Dank für die Kooperationsbereitschaft und deren exzellente Ausgestaltung im operativen Geschäft.

Der zweite Indikator dafür, dass das Thema in seiner Bedeutung nicht so falsch eingeschätzt worden ist, stellt die Nachfrage nach dieser Tagung dar. Wir haben schon den Standort in unserem Institut, in dem wir 120 Teilnehmer unterbringen können, verlassen müssen, um hier wenigstens 170 Personen die Teilnahme zu ermöglichen. Gleichzeitig befinden sich 230 Anmeldungen in Wartestellung, so dass wir eine Wiederholungstagung im Januar veranstalten.

Die Zusammenarbeit mit den Ulmer Kolleginnen und Kollegen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie begann im Jahr 2003 unter dem Titel „It Takes Two to Tango“. Damals ging es um die frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie, d.h. um die ganz kleinen Kinder. In dieser Zeit waren der politische und der öffentliche, mitunter auch der fachliche Fokus und die Ausprofilierung der Frühen Hilfen noch nicht so weit gediehen, wie es heute inzwischen inhaltlich und strukturell geschehen ist.

In den vor uns stehenden zwei Tagen kümmern wir uns um die ältere Zielgruppe, mit der besonderen Fokussierung auf schwierige Jugendliche, die seit einiger Zeit stärker ins Zentrum der Aufmerksamkeit gelangt sind, häufig mit einem gewissen Sensationshintergrund in der Berichterstattung. Wir stehen alle gemeinsam vor dem Problem, dass das, was in die Medien gelangt, durch und in der Singularität Sensationscharakter hat. Aber uns hat hier nicht der Sensationscharakter, sondern die ganz fundierte Arbeit von allen Beteiligten in der Wissenschaft und in der Praxis zusammengeführt. Es geht um Jugendliche mit individuellen Problemkonstellationen, aber auch mit Problemkonstellationen im sozialen Umfeld und einem daraus gegebenen Hilfebedarf. Diesen richtig zu diagnostizieren und zu definieren, stellt eine Herausforderung für Sie alle dar, die in der Praxis tätig sind, sowohl in der Jugendhilfe als auch im medizinischen Bereich. Dort sind die Anforderungen nicht gerade gering, Definitionen vorzunehmen und aus diesen definierten Problemzuständen ziel- und erfolgsorientiert zu handeln.

Worum geht es konkret? Wir haben bei der inhaltlichen Vorbereitung dieser Veranstaltung selbst noch deutlicher, als es unserer Voreinschätzung entsprach, gemerkt, dass ein Trend in der Kinder- und Jugendhilfe zu erkennen ist, auffällige Kinder und Jugendliche vermehrt in stationäre Behandlung zu überführen und sie stationär zu betreuen. Allein die Fragen, ob das erforderlich ist, wie es erforderlich ist, welche Leistungen ambulante und stationäre Behandlungen erbringen können und sollen und wie die Schnittstelle zwischen beiden gefunden werden soll, sind schwierige Themen.

Nicht nur die Zahlen der stationären Behandlung steigen, sondern auch die ambulanten Behandlungen und Maßnahmen. Wenn nun zum Beispiel in Berlin davon gesprochen wird, dass man sich nur auf die Stadtteile Wedding oder Neukölln konzentrieren muss, um genau die Klientel der Problemfälle abzudecken, wäre das wohl eher der falsche

Weg. Die Problemfälle bei Kindern und Jugendlichen erstrecken sich nämlich auf alle Teile und Schichten der Bevölkerung. Möglicherweise sind sie manchmal in den „Problembezirken“ stärker in der Öffentlichkeit erkennbar, aber sie sind in den „bürgerlichen“ Stadtteilen ebenso vorhanden. Sicher ist die Behandlung solcher Fälle mitunter etwas versteckter und darum nicht unbedingt leichter.

In unserer Einladung haben wir eine Reihe von offenen Fragen aufgeworfen, teilweise auch etwas provokant:

Werden Kinder und Jugendliche von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Kinder- und Jugendhilfe „hinein diagnostiziert“? Wer also definiert, wer diagnostiziert mit welchen Konsequenzen? Muss jedes Kind, jeder Jugendliche, das/der etwas schwierig ist, mit einer Diagnose versehen werden? Besteht nicht sogar die Gefahr, dass das, was bei Kindern und Jugendlichen passiert, wie zum Beispiel die Jugendgewalt, die es früher in gewisser Weise auch gegeben hat, zunehmend „psychiatrisiert“ wird?

Wie können Netze gebildet und aufrechterhalten werden, um für die problembehafteten Jugendlichen eine verlässliche Kontaktebene zu gewährleisten? Wie kann das für die Kinder- und Jugendhilfe auf der einen und die Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der anderen Seite gelingen? Wie werden andere Partner mit eingebunden?

Die Kollegen aus der Medizin und aus der Pädagogik sind gleichermaßen gefordert. Wir haben gerade im Difu ein Projekt abgeschlossen, das sich mit der Kooperation zwischen Jugendhilfe und dem kommunalen Gesundheitswesen auseinandergesetzt hat. Es zeigte sich, dass hinsichtlich der Zusammenarbeit Vieles schon gelungen ist, es aber auch noch viele Defizite hinsichtlich der stabilen Kooperation gibt. Daraus ergibt sich die dritte Frage:

Wie viel von der Kooperation kommt tatsächlich bei dem einzelnen Jugendlichen, bei dem einzelnen Fall an? Wie kann die Kooperation im Einzelfall langfristig gestaltet werden, auch mit den Eltern und Schulen?

Diese Themen werden wir heute und morgen gemeinsam behandeln. Die Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe und ich sind sehr dankbar, dass wir die Vorbereitung mit einer qualifizierten Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen betreiben konnten. Die Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe hat einen Beirat, der sich stets bei der Programmprofilierung einbringt. In diesem Fall jedoch hat es eine Reihe von Kolleginnen und Kollegen gegeben, die sich besonders in der Vorbereitung engagiert haben und teilweise heute und morgen hier als Referenten mitwirken:

- Dr. Maria Kurz-Adam, Leiterin des Stadtjugendamtes München,
- Oliver Herweg, Jugendhilfeplaner im Jugendamt Stuttgart,
- Dr. med. Michael Kölch, Universitätsklinikum Ulm,
- Thomas Krützberg, Leiter des Jugendamtes Duisburg.

Ihnen möchte ich an dieser Stelle besonders herzlich danken.

Ich wünsche Ihnen nun eine fruchtbare Tagung, auch den Inputgebern wünsche ich, dass sie selbst auch bereichert aus dieser Veranstaltung gehen. Die Diskussionen und Anmerkungen aus dem Plenum werden dabei sehr hilfreich sein, auch um die Arbeit weiter zu verbessern.

Noch einmal: Herzlich willkommen!

Eröffnung der Tagung

PROF. DR. JÖRG M. FEGERT

Ärztlicher Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie,
Universitätsklinikum Ulm

Sehr geehrter Herr Kollege Beckmann, liebe Frau Landua, sehr geehrte Damen und Herren, ich freue mich ebenfalls sehr, dass diese Tagung zustande gekommen ist und so viel Zuspruch gefunden hat.

Ich kenne diese Debatte darüber, ob in den Diagnosen etwas Mechanistisches liegt und wer in diesem Bereich steuert. Der Haupttitel der Tagung „Psychisch gestört oder verhaltensauffällig?“ ist relativ altmodisch. Diese Frage wurde bereits vor 20 Jahren gestellt, als das KJHG neu war und man eigentlich das Problem lösen wollte, dass Kinder mit psychischen Störungen einerseits in der Erziehung schwierig sind. Andererseits stand die Frage im Raum, ob hier nur Erziehung nötig ist und daher die Jugendhilfe in der Pflicht ist, oder ob diese auch ein Krankheitsproblem aufweisen und daher das Gesundheitssystem zahlen soll.

Aus diesem Grund wurde am Schluss der parlamentarischen Beratungen diese „kleine Lösung“ durchgesetzt, die uns bis heute viele Schwierigkeiten bereitet. Ich bin sehr froh, dass Reinhard Wiesner am Ende dieser Tagung hier sprechen wird und das Fenster in Richtung Inklusion und zu einem Jugendamt für alle Kinder aufstoßen wird. Insofern hat diese Tagung noch eine andere Brisanz als nur das, was bisher angesprochen wurde. Im Prinzip ist plötzlich der § 35a SGB VIII und der Umgang mit so genannten seelisch behinderten oder von seelischer Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen ein Prüfstein für die Weiterentwicklung der öffentlichen Jugendhilfe als Jugendamt für alle Kinder mit Behinderung.

Man kann an den Problemen, die wir seit 20 Jahren – auch immer mal wieder im Kontext der Tagungen der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe – behandelt und diskutiert haben, relativ viel auch für die Zukunftsentwicklung lernen.

Wir haben in Ulm sehr davon profitiert, seit dem Aufbau der Klinik im Jahr 2001 breit gefächert auf Themen in der Zusammenarbeit gesetzt zu haben. Sie hatten die Frage der Psychiatisierung angesprochen, daher möchte ich darauf hinweisen, dass unsere Auffassung von Psychiatrie bedeutet, dass wir uns überwiegend in der Gesellschaft bewegen und massiv in die Kooperation gehen und uns damit an manchen Stellen auch unnötig machen und gleichzeitig unsere Arbeit besser bewältigen können.

Einer der ersten Schritte war – als Ute Ziegenhain zunächst nach Rostock mitgekommen und später nach Ulm gegangen ist –, eine Sektion an der Schnittstelle zur Jugendhilfe und zur Frühen Entwicklung aufzubauen. In den letzten Jahren ist viel im Bereich der Frühen Kindheit in Deutschland weiterentwickelt und gemeinsam gestaltet worden. Die von Ihnen erwähnte Tagung „It Takes Two to Tango“ stellte einen wichtigen Auftakt dar.

Wir sind gerade dabei, zwei weitere Bereiche zu entwickeln, die gegenwärtig noch keine ganzen Sektionen bilden. Aber ich habe mich entschieden – und bin daran auch durch

Ihre Einleitung erinnert worden –, einen Bereich Familienpolitik, auch Zeitpolitik, Zeitwohlstand in Bezug darauf, Zeit für Kinder zu haben, ins Leben zu rufen. Der wissenschaftliche Beirat für Familienfragen, der morgen sein 40-jähriges Jubiläum feiert, erstellt gerade ein Generationengutachten. Demnach wird sich in den nächsten 20 Jahren die Verteilung in der Gesellschaft dramatisch verändern und das bedeutet auch für Familienpolitik und Jugendpolitik eine Veränderung. Das müssen wir alle in unseren Kontexten unbedingt berücksichtigen.

Der zweite Schwerpunkt betrifft die Jugendforensik, also straffällige Kinder und Jugendliche, die in immer stärkerem Maße thematisiert werden. Wir stellen außerdem eine psychiatrische Unterversorgung in den Haftanstalten fest. Viele dieser Kinder und Jugendlichen sind traumatisiert und weisen schwere Auffälligkeiten auf, mit denen wir nicht umgehen können.

Dies soll als Einführung genügen. Ich begrüße Sie noch einmal herzlich und leite damit zu meinem Vortrag über.

Zum Stand der Dinge – Kinder- und Jugendpsychiatrie als interdisziplinäres Schnittstellenfach

Grundlagen: „Was heißt psychisch krank, (parallele) Hilfesysteme, gestiegene Fallzahlen, gestiegene Kosten, aber weniger Geld?“

PROF. DR. JÖRG M. FEGERT

Ärztlicher Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie,
Universitätsklinikum Ulm

Einleitung

Der vorliegende Beitrag hat eine weder im Vortrag noch im schriftlichen Beitrag erfüllbare Aufgabenstellung. Er soll einerseits eine Einführung in die seelischen Störungen im Kindes- und Jugendalter und wenn relevant, auch bei Erwachsenen, geben, erklären, was seelische Behinderung ist, die parallelen Hilfesysteme in Deutschland beschreiben, die Fallzahlentwicklung skizzieren und dann einen Ausblick auf zukünftige Lösungen, auch angesichts leerer Kassen, insbesondere in Richtung Inklusion geben. Üblicherweise braucht man allein für eine vernünftige Vorlesung zur Einführung in die psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, wie wir sie als Wahlangebot für Medizin-, Psychologie- und Pädagogikstudentinnen und -studenten in Ulm seit mehreren Jahren durchführen, ein ganzes Semester. Deshalb sei dieser Warnhinweis vorausgestellt, dieser Beitrag kann vieles nur skizzieren. Ziel ist es, in die Gesamthematik der Tagung einzuführen, dabei die basalen Grundlagen ebenso anzusprechen wie auch letztendlich die Zukunftsaufgaben, die uns an den Schnittstellen zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe erwarten. Beginnen möchte ich damit, die Kinder- und Jugendpsychiatrie als interdisziplinäres Schnittstellenfach kurz vorzustellen. Kinder- und Jugendpsychiatrie ist immer in der stationären und teilstationären Behandlung, meist aber auch bei ambulanten Zugängen ein interdisziplinäres, in multidisziplinären Teams arbeitendes und in der kurativen Medizin verankertes Schnittstellenfach.

Betrachtet man die Wurzeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Vorgeschichte¹, so kann man im ausgehenden 18. Jahrhundert, im Zeitalter der französischen Revolution (1789 – 1799), zentrale Wurzeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausmachen, welche sie heute noch prägen: Sowohl die deskriptive Entwicklungspsychopathologie mit Falldarstellungen und ersten Darstellungen von Entwicklungstagebüchern als auch die introspektive Entwicklungspsychopathologie, z. B. mit dem biografischen Roman Anton Reiser von Karl Philipp Moritz, haben in dieser Zeit ihre Wurzeln und waren prägend für die spätere, beschreibende Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenso wie die Zugänge in der Psychotherapie durch Introspektion. Während im Mittelalter noch fast jede Behinderungsform als irreversibler Ausschlussgrund für die Gesellschaft galt, gewann zu dieser Zeit, am Anfang der Neuzeit, auch durch den Sensualismus, der Gedanke der Kompensation von Defiziten durch Ressourcen, durch Trainingsmethoden an Bedeutung; so entstand die Sonderpädagogik mit spezifischen Fördermöglichkeiten für Kinder und

¹ Fegert 1986

Jugendliche mit Behinderungen. Aber auch der Aspekt der gesellschaftlichen Kontrolle („medizinische Polizei“) und der Ökonomisierung, d. h. auch Zugänglichmachung von Sonderlingen für die Arbeitswelt, spielte schon zu diesem Zeitpunkt eine große Rolle. Eine der zentralen Wurzeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der Pädagogik anzusiedeln. Itards Bericht über den Versuch, dem Wilden aus dem Aveyron, einem Wolfskind, Sprache beizubringen, ist quasi ein erstes Zeugnis für einen kinder- und jugendpsychiatrischen, fallbezogenen Forschungsbericht im nachrevolutionären Frankreich. Schließlich ist die Medizin zu nennen mit ihren Bemühungen um Klassifikation, um Beschreibung psychischer Störungen.

Diese ursprünglichen Wurzeln spiegeln sich in der heutigen Ausgestaltung des Fachs als Schnittstellenfach wieder. Sie charakterisieren aber auch Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie von innen. Denn auch „von innen“ ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie multidisziplinär. Nach der Psychatriepersonalverordnung (PsychPV) arbeiten in kinder- und jugendpsychiatrischen Teams folgende Berufsgruppen zusammen: Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Pädagoginnen/Pädagogen, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen, Sonderpädagoginnen/-pädagogen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten, Musiktherapeutinnen/therapeuten, Kunsttherapeutinnen/Kunsttherapeuten, Krankengymnastinnen/-gymnasten und Bewegungstherapeutinnen/Bewegungstherapeuten, andere Kreativtherapeutinnen/-therapeuten sowie im Pflege- und Erziehungsdienst Krankenpflegeberufe, Heilerziehungspflege und Erzieherinnen/Erzieher. Hinzu kommen außerhalb der PsychPV Hausmeister, Verwaltung, Lehrerinnen und Lehrer in der Klinikschule etc.

In der realen Fallgestaltung ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar. Modernes Casemanagement ist nur in Zusammenarbeit möglich. Wichtigste Partner dabei sind zunächst die Betroffenen und ihre Familien, aber auch Schule, Jugendhilfe, Kinderärzte und niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten, der öffentliche Gesundheitsdienst, die Arbeitsagentur und verschiedene Beratungsstellen. An diesen multiplen Schnittstellen treten auch wiederholt Probleme auf, z. B. durch unterschiedliche Fallbewertung und fachliche Sichtweisen, durch unterschiedliche Sprache und Definitionen, durch Misstrauen an Systemgrenzen und durch die systematische Neubearbeitung jedes Falles durch manchmal nicht enden wollende Delegationsketten², durch ein Gerangel um die Federführung im Fall, durch das Weiterschieben von Kosten in andere Systeme und durch widersprüchliche Beratung, welche letztendlich die Betroffenen und ihre Familien verwirrt.

Die Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ist meist interdisziplinär aufgestellt. An vielen Lehrstühlen gibt es eine ausgedehnte Zusammenarbeit mit Grundlagenfächern, z. B. bei Fragen der Genetik und Epigenetik oder bei der Bildung. Das Themenheft „Forschung“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie³ gibt einen umfassenden Überblick über die zahlreichen Forschungsthemen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und über die derzeitige Dominanz biologisch naturwissenschaftlicher experimenteller bzw. quasi-experimenteller Forschungsansätze. Ohne eine intensive Zusammenarbeit mit den Nachbarfächern innerhalb der Medizin, aber auch eine Zusammenar-

² vgl. Fegert 2007 zu Fällen des sexuellen Missbrauchs

³ Hebebrand, Lehmkuhl & Warnke 2009

beit mit der Neuropsychologie, Entwicklungspsychologie und klinischen Psychologie ist kinder- und jugendpsychiatrische Forschung heutzutage kaum denkbar. Die sozialpsychiatrisch orientierte kinder- und jugendpsychiatrische Forschung arbeitet mit Pädagogik, Sozialarbeit, teilweise auch mit den Wirtschaftswissenschaften, z. B. im Bereich der Managementtheorie, zusammen. Noch ausbaufähig sind die bislang nur an bestimmten Lehrstühlen kontinuierlich gepflegten Kontakte und gemeinsamen Projekte im Bereich der forensischen Psychiatrie mit Juristen zu Fragen der Begutachtung jugendlicher Straftäter bzw. Kinder und Jugendlicher als Opfer. Fragen der (Forschungs-)Ethik sowie allgemeine sozialwissenschaftliche und philosophische Fragen drängen sich anhand von Problematiken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf, so dass auch für die Forschung festgestellt werden kann, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Schnittstellenfach ist.

Es verwundert deshalb kaum, dass viele Nachbarfächer, vor allem außerhalb der Medizin, die Kinder- und Jugendpsychiatrie als wichtiges Fach wahrnehmen und sie von Ferne leuchten sehen. Mir fällt dabei immer das Bild des Scheinriesen Tur Tur aus Michael Endes Jim Knopf ein. Von der Ferne besehen ist er riesengroß und kann deshalb mit einer Lampe in der Hand als Leuchtturm fungieren, kommt man aber näher, sieht man, dass er auf der ohnehin schon kleinen Insel Lummerland ein kleiner Mensch ist. Genau so ist in der Innensicht der Medizin die Kinder- und Jugendpsychiatrie, neben den größeren Nachbarfächern Erwachsenenpsychiatrie und Pädiatrie, ein kleines und oft auch organisatorisch in Klinikzusammenhängen zugeordnetes bzw. angeschlossenes Fach, so dass die Innensicht, um eine weitere Metapher zu nennen, in einer medizinischen Fakultät oder in einem Krankenhausführungsgremium eher der von Gulliver unter den Riesen gleicht.

Insofern ist es für manche Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater, die in der Medizin kaum noch als Kollege erkennbar sind („Ach, Sie sind auch Arzt?“) erstaunlich, wie mächtig sie z. B. von Kooperationspartnern in der Jugendhilfe oder in der Schule oder bei Gericht wahrgenommen werden. Dies wird vor allem durch den häufigen Appell aus Sicht der Jugendhilfe für eine Kommunikation auf „Augenhöhe“ unterstrichen. Aus der Sicht der Epidemiologie, d. h. mit Blick auf die Häufigkeiten psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, müsste die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein besser verbreitetes, deutlich wichtigeres Fach sein. Der KIGGS-Survey des Robert-Koch-Instituts hat gezeigt, dass ca. ein Fünftel der Kinder- und Jugendlichen in Deutschland wahrnehmbare psychische Auffälligkeiten hat.

Tatsächlich besteht eine Unterversorgung und eine Nichtwahrnehmung dieser Probleme, denn Kinder- und Jugendpsychiatrie ist kein in der Approbationsordnung vorgesehenes Pflichtfach. Das heißt, kinder- und jugendpsychiatrische Inhalte kommen in der Ausbildung von Medizinern als erkennbarer Pflichtanteil mit Prüfungsfragen quasi nicht vor. Unter diesem Aspekt, dass Kinder- und Jugendpsychiatrie, die im akademischen Kontext gerne als „Kolibrifach“ oder „Nice to have, but not essential“ dargestellt wird, eine zentrale gesundheitspolitische Bedeutung hat, weist das Themenheft „Lehre“ der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie hin⁴. Strukturpapiere aus Nordrhein-Westfalen oder der Abschlussbericht der Medizinstrukturkommission Baden-Württemberg gehen hier gerade den falschen Weg und empfehlen, entsprechend der Logik, dass es sich nur um

⁴ Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2009

ein Nebenfach handelt, eine Konzentration der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf wenige, hoch aktive universitäre Zentren und halten es nicht für wichtig, dieses Fach an jeder Fakultät in Forschung und Lehre und Krankenversorgung präsent zu halten.

Hier ist sowohl gesundheitspolitisch als auch jugendpolitisch dringender Klärungsbedarf anzumelden. Dabei gilt es festzuhalten, dass sich der weitaus größte Teil der Kinder in Deutschland positiv entwickelt, aber verschiedene Untersuchungen um die Jahrtausendwende⁵ deuteten schon an, dass ca. ein Fünftel aller Kinder in verschiedenen Altersgruppen Verhaltensauffälligkeiten zeigten. Schließlich hat der KIGGS-Survey 2007 dies bestätigt, wobei noch auf der Basis der vertiefenden Bella-Studie⁶ festgestellt werden kann, dass die Risiken, an psychischen Störungen zu erkranken, sich bei Belastungsfaktoren wie Alleinerziehung z. B. um das 2-fache erhöhen, aktuelle Konflikte das Risiko fast 5-fach erhöhen, Konflikte in der Familie der Eltern ein 2- bis 3-fach erhöhtes Risiko mit sich bringen und Unzufriedenheit in der Partnerschaft bei den Eltern ebenfalls mit einem 2,5-fachen Risiko verbunden sind. Besonders gravierend ist der Anstieg der Belastungen, wenn drei Risiken zusammen kommen, dann hat schon fast ein Drittel der Kinder psychische Auffälligkeiten. Bei vier Risiken ist es beinahe die Hälfte aller betroffenen Kinder. Diesen Kindern droht soziale Ausgrenzung und häufig nicht koordinierte Hilfe in unterschiedlichen Systemen. Dies ist mit erheblichen Folgekosten verbunden.

Das Grünbuch der EU hat auf die langfristigen Kosten, verursacht durch Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten, hingewiesen (**siehe Abbildung 1**). Diese steigen exponentiell an, wenn Verhaltensprobleme (über 20 Prozent der Kinder in Deutschland) wahrgenommen werden können, noch einmal 3-fach teurer sind die Folgekosten bei Kindern mit diagnostizierbaren Erkrankungen. Insofern sehen sich viele Planer mit einer paradoxen Situation konfrontiert. Einerseits steigen die Zahlen psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher, gleichzeitig suggeriert doch der allgemeine Geburtenrückgang und die demografische Entwicklung prospektiv eigentlich ein zurückgehendes Fallvolumen, so dass teilweise immer wieder über einen potenziellen Abbau von Versorgungsstrukturen nachgedacht wird, obwohl, gerade da, wo der demografische Wandel am stärksten ist, psychische Auffälligkeiten bei den noch vorhandenen Kindern am häufigsten sind.

Es ist festzustellen, dass im Vergleich zu den 90er-Jahren eine eklatante Fallzahlsteigerung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt ist. Es werden heute ca. doppelt so viele Patienten wie in den 90er-Jahren betreut – was nur durch eine enorme Behandlungsverdichtung (nur noch ein Drittel der Liegezeiten bei gleichzeitiger Bettenreduktion) um mehr als ein Viertel des Gesamtbestands trotz Ausbauprogrammen in einzelnen Bundesländern realisiert wurde.

⁵ Petermann 2000, Miller, Kuschel & Hahlweg 2002, Mattejat, Remschmidt 1998, Mattejat et al. 1998

⁶ Ravens-Sieberer 2006

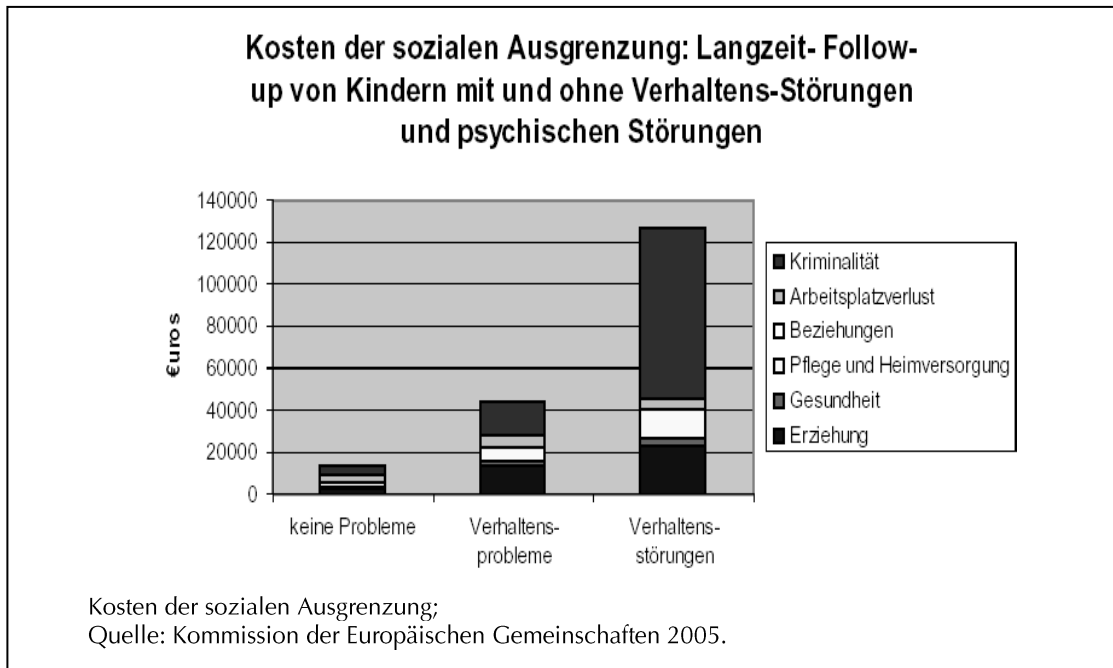


Abbildung 1

Die Einsparungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind also schon erfolgt. Am härtesten treffen diese Einsparungen die Kinder in Form der Personalreduktion. Hier widersprechen sich die Vorgaben aus der Psychiatriepersonalverordnung, die teilweise in manchen Kliniken einfach nicht mehr eingehalten werden konnten, und die gedeckelten Gesundheitskosten, welche Kostenerhöhungen im Personalbereich z. B. durch neue Tarifverträge unmöglich machen. Mit *Wittchen* (2000) und gestützt auf den KIGGS-Survey kann festgestellt werden, dass nicht einmal die Hälfte der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen überhaupt ein Behandlungsangebot erhalten, noch viel weniger Kinder erhalten ein Angebot in einer adäquaten Form. Die WHO (2001) prognostiziert weltweit eine 50-prozentige Steigerung der Inanspruchnahme von kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsleistungen bis 2020. Insofern stellt das neue Entgeltsystem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance und Herausforderung dar⁷. Denn es gilt hier, die Basis für eine Zukunft für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit hinreichender Beziehungsqualität zu legen. Gleichzeitig gilt es, die ambulante Versorgung von Kinder- und Jugendlichen deutlich zu verbessern.

Zum Begriff „Psychisch krank“

Psychische Gesundheit und psychische Krankheit werden ganz unterschiedlich definiert. Die Weltgesundheitsorganisation hat teilweise einen sehr weiten Begriff der psychischen Gesundheit, der völliges psychisches Wohlbefinden, selbstbestimmte Lebensgestaltung und Bewältigungsfähigkeiten mit einschließt, adaptiert. Die Bundespsychotherapeutenkammer teilt mit: „Psychotherapeuten sprechen von psychischen Störungen, um zu beschreiben, wie Personen darunter leiden, dass sie anders denken, fühlen oder handeln als

⁷ Kölch et al. 2010

die meisten anderen Menschen.“⁸ Auch der Laie kann sich schnell in Wikipedia kundig machen und findet dort derzeit „eine psychische Störung ist eine erhebliche Abweichung im Erleben oder Verhalten, die die Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns betrifft“⁹. Als weiteres Kriterium für eine Diagnose einer psychischen Störung wird neben der Abweichung von der Norm auch psychisches Leiden auf der Seite der Betroffenen vorausgesetzt.

Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und den psychiatrischen Professionen ist heute ein fundiertes Wissen über psychische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen unabdingbar. Bei Kindern und Jugendlichen mag dies noch einleuchten, viele fragen sich aber: „Weshalb sollten wir uns in der Jugendhilfe mit erwachsenenpsychiatrischen Störungen auskennen?“ 500.000 Kinder in der BRD wachsen mit einem psychisch kranken Elternteil auf¹⁰. Das heißt, sie haben dadurch mitgeprägte Bindungserfahrungen, andere Sozialisationsbedingungen und auch bei vielen Störungsbildern eine gewisse biologisch-genetische Disposition. Sie sind selbst eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen¹¹. Sie zeigen eine sehr breite Palette von verschiedensten, nicht direkt mit der Störung der Eltern assoziierten Symptomen¹². Das Risiko chronischer und schwer behandelbarer Störungen ist bei diesen Kindern erhöht¹³. Nach der älteren Untersuchung von Münder¹⁴ sind 27 Prozent aller Entzüge des Sorgerechts in Deutschland vor dem Hintergrund psychischer Störung eines Elternteils erfolgt.

Unsere Arbeitsgruppe hat in einem Themenheft bewusst in der erwachsenenpsychiatrischen Zeitschrift „Nervenheilkunde“ auf der Basis einer Untersuchung¹⁵ noch einmal warnend auf die Tabuisierung und mangelnde Wahrnehmung dieses Themas hingewiesen. In unserer Untersuchung gaben 80 Prozent der psychisch kranken Eltern an, dass sie ihre Kinder als belastet durch die eigene Erkrankung oder Behandlung ansehen. Die Eltern empfinden, dass ihre Kinder nicht ausreichend bei der Behandlung berücksichtigt werden, 35 Prozent der psychisch kranken Eltern werden von ihren Kindern in der Klinik nicht besucht, während außerhalb der Klinik nur 7 Prozent keinen Kontakt zu ihren Kindern haben. Diese Spannungssituation hat auch Auswirkung auf die Behandlung der Eltern. 50 Prozent der Eltern gaben an, dass sie bereits Klinikaufenthalte wegen der Kinder nicht wahrgenommen haben.

Da unsere Untersuchung im ländlichen Bereich stattfand, müssen manche Ergebnisse mit Einschränkungen bewertet werden. Für den ländlichen Bereich konnten wir aber feststellen, dass zu 90 Prozent die Kinder während des Krankenhausaufenthalts durch Partner oder die Familie betreut werden, aber 40 Prozent der psychisch kranken Eltern in stationärer psychiatrischer Behandlung mit dieser Betreuungssituation unzufrieden sind. Eigent-

⁸ www.bptk.de

⁹ www.wikipedia.org, Abruf am 11.01.2011, 17:54 Uhr

¹⁰ Pretis, Dimova 2003

¹¹ Downey, Coyne 1990, Wang, Goldschmidt 1996

¹² Remschmidt, Schmidt 1994

¹³ Cicchetti, Toth 2000

¹⁴ Münder, Muthke & Schone 2000

¹⁵ Kölch et al. 2008

lich wäre es logisch, dass man sich in solchen Situationen mit der Bitte um Unterstützung an das Jugendamt wendet. Gleichzeitig bestehen massive Ängste vor den Jugendämtern, die vor allem mit dem sozialen Stigma, mit Angst vor familienrechtlichen Folgen und der Angst vor Kontrolle begründet werden. In unserer Befragung lehnten 50,6 Prozent der Eltern den Kontakt komplett ab. Dabei wog die Angst vor Vorurteilen im sozialen Umfeld am schwersten. In der ganzen Debatte um die Frühen Hilfen im Kindes- und Jugendalter¹⁶ wurde deutlich, dass eines der wenig beachteten Risiken das Aufwachsen mit einem psychisch kranken Elternteil darstellt. Unsere Netzwerkanalysen zeigten eindeutig, dass in den meisten Netzen „Frühe Kindheit“ das erwachsenenpsychiatrische Versorgungsnetzwerk außen vor bleibt. Selbst Kliniksozialarbeiterinnen und -sozialarbeiter aus der Erwachsenenpsychiatrie kennen sich oft nicht im Jugendhilferecht aus.

Hier bleibt also noch viel zu tun. Auch wenn der nun erneut vorliegende Referentenentwurf für ein Bundeskinderschutzgesetz in dieser Legislaturperiode eine bessere Vernetzung in Netzwerken „Frühe Hilfen“ vorsieht, bleibt mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass es sich um eine Hochrisikoklientel handelt, die der speziellen Aufmerksamkeit bedarf, zumal oft deren erwachsenenpsychiatrische Behandler noch größere Ängste und Vorurteile in Bezug auf das Jugendamt haben als die ihnen anvertrauten Patienten. Hier werden auch Familienhebammen, auf die vom Gesetzgeber nun massiv fokussiert wird, nicht weiterhelfen, wenn sie nicht spezifische Informationen zu den psychischen Störungen und den damit verbundenen Belastungen erhalten.

Betrachtet man die Klassifikation psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, kann man zwei Diagnosesysteme unterscheiden: Das in Amerika übliche DSM (Diagnostic and Statistic Manual), welches heute in seiner vierten Weiterentwicklung als DSM IV in Gebrauch ist (derzeit arbeiten verschiedene Arbeitsgruppen an der Entwicklung eines DSM V), und die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene und in Deutschland in der jeweiligen Fassung des DIMDI, im SGB V rechtsverbindliche, auch im § 35 a SGB VIII rechtsverbindliche Fassung, der ICD-10.

Internationale Klassifikation psychischer Störungen

Im § 35a KJHG heißt es auch „Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen“. Der später hinzugefügte Nachsatz „dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auch auf einer Krankheit beruht“ ist insofern unsinnig und war ein politisches Zugeständnis, da es sich ja um die Klassifikation der behandlungsbedürftigen Krankheitsbilder handelt und bei der ICD-10, im Gegensatz zum DSM, auch immer eine gewisse Schwelle der Beeinträchtigung, des Leidensdrucks für die Diagnosestellung vorausgesetzt wird. Im Kapitel 5 dieser deutschen DIMDI Version sind die Verhaltens- und psychischen Störungen mit dem Buchstaben „F00 bis F99“ klassifiziert. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Deutschland findet meistens das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters, nach der ICD-10 der WHO von Remschmidt, Schmidt & Poustka (2009) Anwendung. Die Autoren

¹⁶ vgl. Ziegenhain et al. 2010, Fegert, Ziegenhain & Fangerau 2010

hatten schon zum Zeitpunkt der ICD-9 ihre ersten Vorschläge für die multiaxiale Diagnostik herausgegeben und dabei betont, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stets eine Mehrebenenbetrachtung zur Falleinschätzung relevant ist. Heute hat diese multiaxiale Diagnostik üblicherweise sechs Ebenen:

Achse I ist die psychiatrische Diagnose nach ICD-10. Allerdings werden die Intelligenzminderungen, welche nach DIMDI zu den psychiatrischen Störungen im „F-Kapitel“ gehören, hier nicht erfasst. Stillschweigend folgt der deutsche Gesetzgeber bislang diesem Vorgehen und schließt diese Personengruppe auch weitgehend von den Ansprüchen auf Eingliederungshilfe nach KJHG aus und ordnet sie grundsätzlich, zusammen mit den körperlichen Behinderungen, dem Sozialhilferecht zu. **Achse II** beschreibt Entwicklungsstörungen, **Achse III** die intellektuellen Voraussetzungen, **Achse IV** körperliche Grund- und Begleiterkrankung, **Achse V** psychosoziale Belastungen und **Achse 6** das Zurechtkommen im Alltag, also eine Dimension, die sehr nahe an der Definition der Teilhabe ist.

Im Folgenden wird nun ein kurzer **Überblick über die einzelnen Störungsgruppen** gegeben:

Das Kapitel **F1** beschreibt die **Suchtstörungen**. Sie sind nach ICD-10 charakterisiert durch einen starken Wunsch nach Substanzkonsum, wobei die Kontrolle über Beginn, Menge und Ende des Konsums reduziert wird, Substanzkonsum zum Teil zur Vermeidung von Entzugssymptomatik erfolgt, körperliche Entzugssymptome zum Teil auftreten, Toleranzentwicklung zum Teil auftritt. Zunehmend werden gesellschaftliche Regeln außer Acht gelassen, Konsum erfolgt auch an Werktagen, die Teilhabe wird dadurch beeinträchtigt, dass andere Interessen, auch Hobbies und Vergnügungen, die früher Spaß gemacht haben, vernachlässigt werden und zum Teil schwere körperlich und psychisch schädliche Folgen in Kauf genommen werden.

Das Kapitel **F2** beschreibt die **Schizophrenie**. Schizophrene Störungen nach ICD-10 sind dadurch charakterisiert, dass mindestens ein Symptom wie Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Wahnwahrnehmungen, kommentierende oder dialogische Stimmen etc. auftreten oder mindestens zwei der folgenden Symptome: Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, Neologismen, Gedankenabreißen, Zerfahrenheit, katatone Symptome wie Haltungsstereotypen, wächserne Biegsamkeit, Mutismus, Stupor, Negativismus. Hinzu kommen die oft die Teilhabe stark beeinträchtigten Negativsymptome wie Apathie, Sprachverarmung, Affektverflachung und Reduktion kognitiver Fähigkeiten. Gerade bei Jugendlichen finden sich Formen, die lange Zeit nur über solche Negativsymptomatik gekennzeichnet sind. Bislang gut begabte Schüler werden dann immer stärker konzentrationsgestört, wirken apathisch, verstehen Scherze oder Metaphern nicht mehr und zeigen insgesamt emotional ein unausgewogenes Bild. Heute wird immer stärker versucht, schon solche Prodromalzeichen psychischer Störungen zu erkennen und eventuell einer unterstützenden Frühbehandlung zuzuführen. Klar steht fest, dass die Dauer der unbehandelten Psychose den weiteren Verlauf massiv beeinflusst. In Norwegen ist es z. B. gelungen, durch Aufklärungsprogramme für die Bevölkerung hier ein besseres Erkennen, auch in der Schule und der Jugendsozialarbeit, zu bewirken und damit insgesamt zu besseren Verläufen schizophrener Störungen beizutragen.

Das Kapitel **F3** beschreibt **affektive Störungen**. Zu den affektiven Störungen gehören unipolare Störungen wie die manischen Episoden, ICD-10 F30, und die Depression, ICD-10 F32, sowie rezidivierende depressive Störungen, ICD-10 F33, die Dysthymie, ICD-10 F34, und die bipolaren Störungen, also Störungen, die depressive Stimmung und manische Umtriebigkeit beinhalten, ICD-10 F31.

Die Depression gehört zu den größten Gesundheitsproblemen weltweit. Die WHO nennt sie ein „First Line Public Health Issue“. Sie beeinträchtigt Teilhabefähigkeit und Lebensqualität der Betroffenen massiv und ist mit immensen Folgekosten für das Gesundheitssystem wie auch für die Volkswirtschaften insgesamt verbunden¹⁷. Bei Kindern und Jugendlichen wird eine Prävalenz der Depression von ca. 3 bis 10 Prozent geschätzt. Es ist eine deutliche Mädchenwendigkeit der Erkrankung (2:1) festzustellen. Ungefähr 50 Prozent der Erkrankungen zeigen einen bis in das Erwachsenenalter andauernden Verlauf. Andererseits remittiert fast die Hälfte der Depressionen bei Minderjährigen innerhalb eines Jahres¹⁸.

Depression erhöht erheblich das Risiko für einen Suizid. Allgemeine Symptome der Depression nach ICD-10 sind depressive Stimmung, Interessensverlust/Freudeverlust, Antriebslosigkeit, Ermüdbarkeit, vermindertes Selbstwertgefühl, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, wiederkehrende Todesgedanken, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme, psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung, Schlafstörungen, Appetitverlust und Gewichtsverlust. Bei Kindern sind die Kernsymptome häufig Stimmungsprobleme, gedrückte Stimmung, Traurigkeit, häufig auch reaktiv nach belastenden Ereignissen wie Scheidung, Trennung, Tod eines Haustiers etc., Probleme im Denken, Denkhemmung und Veränderung im Aktivitätsniveau (häufig verkannt als erhöhte Ermüdbarkeit), Hemmung der Handlungsfunktion. Häufige weitere Symptome im Kindes- und Jugendalter sind Interessensverlust, Freudlosigkeit, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken sowie Selbstverletzung oder Suizidhandlungen. Einschränkend muss gesagt werden, dass selbstverletzendes Verhalten nicht mehr allein auf Depression hinweist und auch nicht mehr so stark geschlechtsspezifisch bei Mädchen auftritt, welche traumatische Vorerlebnisse hatten, sondern insgesamt ein häufiges Phänomen bei Jugendlichen geworden ist.

Unsere eigene Arbeitsgruppe hat, zusammen mit internationalen Forschern, entsprechende Vergleiche angestellt¹⁹. Hier zeigte sich sowohl für die USA als auch für Deutschland, dass nur noch knapp Dreiviertel aller Jugendlichen in repräsentativen Schulstichproben angeben, nie sich selbst verletzt und/oder Suizidgedanken gehabt zu haben. Vergleicht man die Häufigkeit der Angaben im Fragebogen SHBQ (Self Harm Behavior Questionnaire) zwischen Stadt und Land, finden sich im städtischen Bereich 27,3 Prozent selbstverletzende Handlungen, während in den ländlichen Schulen 23,9 Prozent auftraten. Dieser Unterschied ist nicht signifikant. Von den städtischen Schülerinnen und Schülern berichteten 7,36 Prozent von Suizidversuchen und 14,15 Prozent von Suiziddrohungen. Im ländlichen Albdonaukreis waren dies respektive 5,62 Prozent und 17,26 Prozent.

¹⁷ WHO 2002, Grünbuch der EU 2005

¹⁸ Middleton et al. 2005

¹⁹ Plener et al. 2009 im Vergleich zu Muehlenkamp, Gutierrez 2007

Auch diese Unterschiede waren nicht signifikant. Am häufigsten traten Suizidgedanken auf, und zwar bei 34,8 Prozent aller Schüler im städtischen Bereich in Ulm und 37,95 Prozent aller Schüler im ländlichen Bereich. Gerade kleine Kinder können depressive Verstimmungen vor allem körperlich ausdrücken, z. B. durch vegetative Beschwerden wie Kopf- oder Bauchschmerzen, verminderten Appetit und Schlafstörungen.

In den letzten Jahren haben wir uns verstärkt, auch im internationalen Vergleich, mit der Behandlung depressiver Störungen beschäftigt und können zunächst feststellen, dass in Deutschland, im Vergleich zu den USA, der Einsatz von Antidepressiva relativ gering ist²⁰, allerdings gibt es eine deutsche Besonderheit: Fast die Hälfte der Antidepressivaverschreibung, die häufig nicht von Kinder- und Jugendpsychiatern, sondern von Kinderärzten und oft überforderten Hausärzten vorgenommen werden, sind in Deutschland auf Johanniskrautpräparate zurückzuführen. Rechnet man diese im internationalen Vergleich den verordneten Medikamenten hinzu, übertrifft das deutsche Verschreibungsniveau andere, vergleichbare Länder in Europa, wie z. B. die Niederlande. Für Johanniskraut als pflanzliches Arzneimittel liegen weltweit keine gesicherten Wirksamkeitsergebnisse und auch nicht hinreichend in einem wissenschaftlichen Verfahren geprüfte Sicherheitsdaten vor. Deshalb wurde aufgrund dieser Sondersituation in Deutschland vom BMBF im letzten Jahr eine multizentrische Studie zur Untersuchung der Wirkungen und Nebenwirkungen von Johanniskraut bei leichter und mittelschwerer Depression bei Jugendlichen bewilligt, die von unserer Arbeitsgruppe (PD Dr. Kölch) koordiniert wird.

Das Kapitel **F4** beschreibt eine große heterogene Zahl von so genannten **neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen**. Dazu gehören F40, phobische Störungen, insbesondere F40.1, soziale Phobie, F41, andere Angststörungen (F41.1 generalisierte Angststörung, F41.2 Angst und depressive Störung gemischt), F42 Zwangsstörung, F43 Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung (F43.0 akute Belastungsreaktion, F43.1 posttraumatische Belastungsstörung, F43.2 Anpassungsstörungen), F44 dissoziative Störungen, hierzu zählen spektakuläre Krankheitsbilder, die früher zum Beispiel als hysterische Lähmung bezeichnet wurden, F45 somatoforme Störungen, F48 andere neurotische Störungen wie z. B. Erschöpfungszustände etc. Wichtig ist, dass viele dieser Probleme dimensional ausgeprägt sind und z. B. die Angsentwicklung im Kindesalter einen normalen Verlauf hat, wobei Trennungängste im Kleinkindesalter normal sind, im Schulalter dann problematisch werden und im Jugendalter hoch auffällig sind und mit einer schweren Teilhabebeeinträchtigung einhergehen. Insofern ist zur Festlegung des Ausmaßes der Teilhabebeeinträchtigung gerade bei diesen Störungen immer ein Wissen um alterstypische Ausprägungen wichtig.

Ein besonderes Augenmerk in der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe gilt den Traumafolgestörungen und Anpassungsstörungen nach Kindesvernachlässigung, -misshandlung und sexuellem Missbrauch. Hierzu haben wir jüngst auf der Basis einer Statuskonferenz Vorschläge, Analysen und Empfehlungen zur Versorgung und Betreuung gegeben, denn die Situation traumatisierter Kinder und Jugendlicher in Deutschland bedarf dringend der Verbesserung. Dies fordern unter anderem auch Betroffene, welche sich an die Unab-

²⁰ Fegert et al. 2006

hängige Beauftragte der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau M. a. D. Dr. Christine Bergmann, wenden²¹.

Immer stärker wird die Debatte um eine Traumapädagogik in Einrichtungen der Jugendhilfe²². Dass gerade Einrichtungen der Jugendhilfe heutzutage besonders stark mit Kindern, welche traumatisierende Ereignisse in ihrer Vorgeschichte hatten, konfrontiert sind und dass ein erheblicher Teil der Kinder, die heute in Heimerziehung oder im Pflegekinderwesen betreut werden, diagnostizierbare und behandlungsbedürftige psychische Störungen haben, haben wir in einer Reihe von Studien für Deutschland und die Schweiz aufgezeigt. Eine Übersicht findet sich in unserer Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht²³.

Obwohl seit der Jahrtausendwende also Kinderschutzfragen, welche Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Kinder- und Jugendpsychiater und Heimerzieherinnen und Heimerzieher schon immer beschäftigt haben, sehr viel stärker durch die mediale Skandalisierung²⁴ ins öffentliche Bewusstsein gekommen sind, müssen wir feststellen, dass wir in der Medizin nach wie vor über keine vernünftige Datenbasis zu Misshandlungshäufigkeiten verfügen. Oft werden entsprechende Diagnosecodes, welche in der ICD-10 durchaus vorgesehen sind, auch gezielt durch Medizinerinnen und Mediziner vermieden, um nicht automatisch durch die Feststellung der Misshandlungs- oder Missbrauchsdiagnose aufgrund der Rückholpflicht der Krankenkassen bei fremd verursachten Gesundheitsschäden nach § 294 a SGB V ungewollt ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren loszutreten. In den USA hat in den letzten Jahren unter der Regie des Centers of Disease Control eine Auseinandersetzung über Definitionen und Beschreibungen in unterschiedlichen Arbeitsfeldern stattgefunden. In Deutschland haben wir keine einheitlichen Definitionen für Kinderschutzfälle.

Wir haben noch nicht einmal eine Synopse darüber, was in unterschiedlichen Rechtsbereichen darunter verstanden wird. Vielleicht erklären sich auch manche erbitterten Gegensätze in politischen und fachlichen Diskussionen dadurch, dass man Gegenstände allein gar nicht hinreichend definiert hat. Hier bleibt noch viel zu tun. Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Kinder- und Jugendpsychiater, die intensiv an den Schnittstellen und in der Vernetzung tätig sind, können hier durch ihr Verständnis für unterschiedliche Definitionen und Funktionen dieser Definitionen in unterschiedlichen Rechtsbereichen vielleicht auch mit zur Verständigung beitragen. So war es z. B. im Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des BMFSFJ. Dieses führte zur Gründung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, wo wir auf der Basis des in vier Bundesländern geförderten Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ ein Vernetzungshandbuch mit Glossar mit entsprechenden Definitionen etc. für den Bereich der Vernachlässigung und der Frühen Hilfen erstellt haben²⁵.

²¹ vgl. unsere Zwischenberichte zur Begleitforschung der UBSKM Fegert et al. 2010a, Fegert et al. 2010b

²² vgl. die Themenheft Schmid, Fegert 2008, Schmid, Fegert 2009

²³ Fegert, Besier 2009

²⁴ vgl. Fegert, Ziegenhain & Fangerau 2010

²⁵ vgl. Ziegenhain et al. 2010

Das Kapitel **F5** beschreibt **Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**. Hierzu zählen F50 Essstörungen (F50.0 Anorexia nervosa, F50.2 Bulimia nervosa), F51 nicht organische Schlafstörung, F53 psychische oder Verhaltensstörung im Wochenbett, F55 Missbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen wie Antidepressiva, Laxantien, Analgetika, Naturheilmittel, Hormone, Pflanzen etc. In den letzten Jahren haben sich einige Einrichtungen der Jugendhilfe darauf spezialisiert, Jugendliche mit Essstörungen bei der Verbesserung ihrer Teilhabefähigkeit und bei der Reintegration in das Alltagsleben nach einer stationären Behandlung zu begleiten. Von besonderer Bedeutung sind lokal auch Selbsthilfegruppen und ambulante Beratungsangebote von Betroffenen für Betroffene.

Das Kapitel **F6** beschreibt die **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**. Gerade aufgrund der unseligen Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe in der Nazi-Zeit in Deutschland und pejorativen festlegenden Beschreibungen einer delinquenten, verwahrlosten Jugendlichenpersönlichkeit, die dann in Jugend-KZs und Werkhöfe geführt hat²⁶, ist man international, aber gerade in Deutschland, sehr vorsichtig mit der Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Entsprechende Diagnosen sollen nicht vor dem Alter von 16 Jahren gegeben werden. Gleichzeitig ist klar, dass sich etwas so stark Ausgeprägtes in der Persönlichkeitsentwicklung abzeichnet. Wir haben deshalb die Einführung der Bezeichnung „Persönlichkeitsentwicklungsstörung“ favorisiert und tendieren dazu, entsprechende Entwicklungen auch schon bei 14- oder 15-Jährigen zu beschreiben, wenn sie sich andeuten, weil dies eindeutige Behandlungskonsequenzen hat und mittlerweile auch spezifische Therapieangebote, z. B. mit der dialektisch-behavioralen Therapie und anderen mehr psychodynamisch orientierten Behandlungsansätzen, bestehen. Für die Jugendhilfe besonders relevant sind in Kapitel F60 die emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen (F60.3, insbesondere die vom impulsiven Typus F60.30 und F60.31). Schaut man in so genannte „geschlossene Heime“ der Jugendhilfe, ist der Anteil von Jugendlichen mit Traumavorgeschichte und Entwicklung einer impulsiven Persönlichkeit doch recht häufig. In Einrichtungen der Haftvermeidung, im Jugendarrest und im Jugendstrafvollzug finden sich gehäuft Jugendliche mit dissozialen Persönlichkeitsstörungen (F60.2).

Das Kapitel **F7** beschreibt **Intelligenzminderungen**, die in der multiaxialen Diagnostik als eigene Achse erfasst werden. F70 bezeichnet die leichte Intelligenzminderung, F71 die mittelgradige Intelligenzminderung und F72 schwere Intelligenzminderung, F73 die schwerste Intelligenzminderung. Für alle Jugendlichen mit Intelligenzminderung ist derzeit primär nicht die Jugendhilfe zuständig.

Das Kapitel **F8** beschreibt die **Entwicklungsstörungen**. Zu den Entwicklungsstörungen zählen die umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80). Die umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81) boten überdurchschnittlich häufig Anlass für rechtliche Auseinandersetzungen über Kostenentscheidungen der Jugendhilfe. Teilweise konnte man deshalb den Eindruck haben, dass es bei § 35 a SGB VIII primär um Lese-/Rechtsschreibstörungen (F81.0) oder Rechenstörungen (F81.2) gehe. Dieser völlig verzerrte Eindruck ist vor allem dadurch entstanden, dass hier gut situierte oder Mittelschichteltern eine dringend notwendige Förderung ihrer Kinder

²⁶ vgl. Kölch, Fegert & Freyberger 2009

auf dem Klagewege erreichen wollten und häufig auch erreicht haben, während bei anderen Störungsbildern Eltern aus der Unterschicht häufig bei einem negativen Bescheid resignieren. Systematisch ist die Versorgung der Kinder mit Entwicklungsstörungen ohnehin schwer zu verstehen. Denn die Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache und die Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82) erhalten ja über die Krankenkasse spezifische Therapien für ihre Teilleistungsstörungen wie Logopädie und Physiotherapie sowie Ergotherapie. Das Gleiche gilt auch bei kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörungen (F83), hinzu kommt eine gezielte schulische Förderung von Kindern mit Sprachproblemen. Bezieht sich aber die Teilleistungsstörung auf schulische Fertigkeiten, wie bei der Lese-/Rechtschreibstörung und bei den Rechenstörungen, gibt es keine von den Krankenkassen anerkannten Heilhilfsberufe, die hier die ebenfalls neurobiologisch fundierte Entwicklungsstörung behandeln.

Da häufig auch die schulischen Förderangebote sehr begrenzt sind, tritt dann subsidiär bei Vorliegen solcher Störungsbilder die Jugendhilfe als Kostenträger ein. Vielfach war es von Seiten der Jugendhilfe unsinnig zu argumentieren, eine solche Störung liege nicht vor, sei nicht diagnostizierbar oder sei keine psychiatrische Störung. Hier gibt es mittlerweile eindeutige Rechtsprechung und in der Regel sind die Gerichte immer der ärztlichen bzw. der psychologischen Diagnostik gefolgt. Allerdings lohnt es sich zu überprüfen, ob die Teilleistungsstörung tatsächlich im täglichen Leben zu einer Teilhabebeeinträchtigung führt. In einem entsprechenden Fall haben wir bei einer Jugendlichen, die jahrelang Förderung erhalten hat, in der Klasse gut integriert war und im Gegensatz zu ihren Eltern auch keine Legasthenieförderung mehr wollte, keine akute Teilhabebeeinträchtigung festgestellt, weil darüber hinaus auch schon eine berufliche Perspektive in einer Gärtnerei feststand. Dieser Fall, auf den wiederholt Bezug genommen wurde²⁷, zeigt, dass bei allen psychischen Störungsbildern nicht die Diagnose allein, sondern erst das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung letztendlich für die Feststellung einer seelischen Behinderung verantwortlich ist.

Die Ausnahme auf diese Regel folgt direkt in Kapitel **F84**, den **tief greifenden Entwicklungsstörungen**. Diese tief greifenden Entwicklungsstörungen, frühkindlicher Autismus und andere autistische Störungen, sind in der Regel per Definition durch eine so starke soziale Beeinträchtigung charakterisiert, dass bei korrekter Diagnose quasi immer eine Teilhabebeeinträchtigung resultiert. Bislang ist die Zuordnung von Kindern mit Autismus rechtlich häufig umstritten, wobei Kinder mit einem high-functioning autism, also einem Autismus und gleichzeitig normaler oder höherer Intelligenz, zweifelsfrei in die Zuständigkeit der Jugendhilfe gehören. Die Mehrzahl der Kinder mit Autismus ist aber gleichzeitig intellektuell beeinträchtigt, so dass ihre Förderung bislang primär aus dem Bereich der Sozialhilfe in entsprechenden Einrichtungen erfolgt.

Kapitel **F9** beinhaltet **emotionale und Verhaltensstörungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter**, F90 hyperkinetische Störungen. Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung (ADHS oder englisch ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder) sind gekennzeichnet durch Störungen der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle und eine deutliche Überaktivität. Gleichzeitig gibt es auch einfach Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstö-

²⁷ vgl. zur Rechtsprechungübersicht Wiesner 2006

rungen, die nicht so stark durch die Hyperaktivität geprägt sind (F90.0). Eine weitaus ungünstigere Prognose hat die kombinierte Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1). Dies betrifft Kinder, die einerseits die Diagnosemerkmale hyperkinetischer Störungen bzw. von Aufmerksamkeitsdefizitsyndromen zeigen, aber gleichzeitig auch die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen. In unseren Untersuchungen, z. B. in Kinderheimen, war diese Diagnosegruppe auffällig häufig vertreten. Immer wieder wird diskutiert, ob diese Kinder in Deutschland zu wenig oder zu viel mit Medikamenten behandelt werden. Auf der Basis des KIGGS-Surveys des Robert-Koch-Instituts²⁸ und der Verschreibungszahlen der Gmünder Ersatzkasse²⁹ haben wir relative Verschreibungsprävalenzen für Deutschland errechnet. Betrachtet man zunächst die Jungen, kann man feststellen, dass der KIGGS-Survey im Vorschulalter (3-6 Jahre) von einer Häufigkeit von 2,4 Prozent ausgeht. In Deutschland werden 13,3 Prozent dieser Kinder medikamentös behandelt, was immer noch erstaunen mag, weil die Medikamente in dieser Altersgruppe nicht zugelassen sind. Im Grundschulalter und weitergehenden Schulalter (zwischen 7 und 10 Jahren sowie 11 und 13 Jahren) steigt die Prävalenz bei Jungen von 8,7 Prozent auf 11,3 Prozent und der Behandlungsanteil liegt in Deutschland bei ungefähr 50 Prozent in dieser Altersstichprobe. Im Jugendalter (14 – 17 Jahre) sinkt die Prävalenz dann auf 9,4 Prozent und es werden nur noch knapp ein Drittel (30,21 Prozent) der Jungen behandelt. Bei Mädchen sind insgesamt die Häufigkeiten geringer (0,6 Prozent im Vorschulalter, knapp 2 Prozent im Grundschulalter, 7 – 10 Jahre, 3 Prozent im weiteren Schulalter, 11 – 13 Jahre und 1,8 Prozent im Jugendalter, 14 – 17 Jahre). Allerdings beziehen sich solche Zahlen nur auf vom Arzt verordnete Medikamente. Im KIGGS-Survey wurde deutlich, dass nur 40 Prozent der Medikamente, die die Eltern ihren Kindern geben, vom Arzt verordnet werden. Hinzu kommen ca. 23 Prozent, welche ohne Rezept selbst gekauft werden, 2 Prozent, die vom Heilpraktiker verordnet werden und knapp 35 Prozent Medikamente, deren Herkunft unklar ist.

Es ist also bei der Befragung von Familien nach Behandlungsansätzen immer wichtig, auch nicht schulmedizinische Ansätze bei der Anamnese mit zu erfassen. Hierzu gehören auch verschiedene, teilweise sehr restriktive Diätbehandlungen etc. Eine unkomplizierte Aufmerksamkeitsstörung ist durch eine gute Elternberatung, psychosoziales Training für die Kinder und eine vernünftige Medikation in der Regel gut behandelbar und muss nicht zu einer Teilhabebeeinträchtigung führen. Hier gilt es insbesondere den Einzelfall genau zu prüfen, zumal aufgrund einer medizinisch nicht nachvollziehbaren Vereinbarung zwischen den Kinderärztinnen/Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiatern und dem Bundesgesundheitsministerium in Abweichung von den gesetzlichen Bestimmungen für die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung im Kindes- und Jugendalter auch die niedrigschwelligeren DSM-Kriterien herangezogen werden können. Gerade die amerikanischen Kriterien beruhen zwar auf den gleichen Dimensionen, sie setzen aber keine Beeinträchtigung im Alltag voraus. Da § 35a KJHG für die Jugendhilfe aber völlig eindeutig ist und eine ICD-10 Diagnose als anspruchsbegründende Feststellung voraussetzt, kann nur bei vollem Vorliegen der ICD-10 Kriterien überhaupt über eine aus der Störung resultierende Teilhabebeeinträchtigung gesprochen werden.

²⁸ Ravens-Sieberger 2006

²⁹ Glaeske, Schicktanzen & Janhsen 2008

F91, Störung des Sozialverhaltens. Störungen des Sozialverhaltens sind charakterisiert durch ein übergreifendes Muster altersunangemessenen dissozialen oder antisozialen Verhaltens mit Lügen, Stehlen, aggressiven Auseinandersetzungen, Tiere quälen, Feuer legen etc. Manche dieser Störungen sind stark neurotisch geprägt und primär auf den familiären Rahmen beschränkt (F91.0). Diese haben dann meist einen sehr stark appellativen Charakter, wenn z. B. den Eltern das Haushaltsgeld gestohlen wird und Freunde damit mit Süßigkeiten etc. versorgt werden. Die nicht sozialisierten Störungen des Sozialverhaltens, also Kinder ohne soziale Einbindung in eine Peergroup, haben insgesamt eine sehr ungünstige Prognose (F91.1). Diese Einzelgänger sind auch weniger durch korrektive Gruppenmaßnahmen, Boot Camps, Segeltörns etc. zu erreichen, während Kinder mit bestehenden sozialen Bindungen, die sich nur einer dissozialen Peergroup angepasst haben, dieses grundsätzliche Verständnis für soziale Zusammenhänge in einer Hierarchie auch auf andere hierarchische Einrichtungen wie ein Heim, eine Internatsschule, ein Boot Camp, ein Segelboot etc. übertragen können und oft in solchen Kontexten durchaus profitieren können. Eine leichtere Form der Störung des Sozialverhaltens ist die Störung mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3), die häufiger bei kleineren Kindern diagnostiziert wird, bei denen die Eltern auch durch extrem inkonsequentes Verhalten oder mangelnde Verhaltenssteuerung, z. B. im Rahmen einer depressiven Erkrankung der Eltern, auffallen.

Das Kapitel **F92** beschreibt **kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen** wie z. B. Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0). Kinder mit solchen Störungen, die häufig auch Vernachlässigung und andere Traumatisierungen im Kindesalter erlebt haben, fühlen sich sehr schnell sozial bedroht und fühlen sich völlig im Recht, wenn sie dann impulsiv aggressiv vorgehen. Hier ist es wichtig, nicht nur auf ihre scheinbar ungesteuerte Impulsivität einzugehen, sondern ihr Selbstwertgefüge, ihre Traurigkeit und die damit verbundenen Schuldgefühle in der Behandlung und Betreuung anzugehen.

Das Kapitel **F93** beschreibt die **emotionalen Störungen des Kindesalters** wie F93.0, die emotionale Störung des Kindesalters mit Trennungsangst, welche früher häufig fälschlicherweise als Schulphobie bezeichnet wurde. Dieser Begriff wurde aufgegeben, weil die Kinder eigentlich keine Angst vor der Schule haben, sondern aufgrund einer Trennungsangst zuhause bleiben, meist mit dem Bedürfnis, zuhause etwas zu kontrollieren. Bei älteren Kindern und Jugendlichen ist die emotionale Störung mit Trennungsangst eine massiv die Teilhabe beeinträchtigende Störung, die teilweise sogar Zwangsinterventionen, gerichtliche Einweisungen etc. rechtfertigt. Nicht selten fehlen diese Kinder häufig mit eloquenten Entschuldigungen ihrer Eltern ein Jahr und länger im Unterricht und sind sozial völlig isoliert und häufig auch körperlich zunehmend vernachlässigt (Vermeidung von Frisörbesuchen, Ablehnung von Zahnarztbesuchen etc.). Im Jugendalter gehen viele dieser Störungen in eine soziale Phobie oder eine Störung mit sozialer Ängstlichkeit über (F93.2). Schon im Kindesalter können auch phobische Störungen vorkommen, also gerichtete Ängste z. B. auf Spinnen, Hunde etc. (F93.1). Eine häufig passagere Störung ist die emotionale Störung mit Geschwisterrivalität, die nur dann diagnostiziert werden sollte, wenn tatsächlich eine über das normale Maß hinausgehende permanente Rivalitätsbeziehung vorherrscht.

Im Kapitel **F94** werden die **reaktiven Bindungsstörungen des Kindes- und Jugendalters** (F94.1) und die **Bindungsstörungen mit Enthemmung** beschrieben. Diese ambivalenten Bindungsmuster, mit teilweise wahllosen Bindungsverhalten, aus dem wiederum eine Gefährdung dieser Kinder resultieren kann, werden häufig in der Folge von schwerer Kindesvernachlässigung und mehrfachen Fremdplatzierungen gesehen. Davon zu unterscheiden ist F94.0, der so genannte elektive Mutismus, eine psychogene Sprachverweigerung bei normalem Spracherwerb, z. B. nach einem traumatischen Ereignis.

Zu unterscheiden ist von der reaktiven Bindungsstörung und der Bindungsstörung mit Enthemmung nach ICD-10 auch die Klassifikation des Bindungsverhaltens in der Bindungstheorie oder Bindungsbegrifflichkeiten, wie sie von Familiengerichten mehr mit der Bedeutung „Beziehung“ angewandt werden. Diese Begrifflichkeiten beschreiben Variationsformen allgemein normalen Verhaltens, während die Bindungsstörungen nach ICD-10 hoch auffällige Verhaltensweisen mit einer insgesamt ungünstigen Prognose beschreiben. Viele dieser Kinder haben im längeren Verlauf im Schulalter dann impulsiv aggressive Auffälligkeiten, auch eine starke emotionale Beeinträchtigung und entwickeln dann im Jugendalter nicht selten selbstverletzendes Verhalten und Persönlichkeitsentwicklungsstörungen. Insofern wird in den letzten Jahren auch stärker über eine entwicklungsbezogene Traumafolgestörung (Developmental Trauma Disorder) diskutiert³⁰.

Das Kapitel **F95** beschreibt **Tic-Störungen**. Passagere motorische und vokale Tics mit einer Häufigkeit unter 12 Monaten sind gerade bei Schulkindern nicht selten (F95.0). Chronische motorische oder vokale Tics (F95.1) sowie kombinierte vokale, multiple motorische Tics (Tourette Syndrom F95.2) sind eher selten und in der Regel dann sozial schwer beeinträchtigende Erkrankungen, die medikamentös und/oder psychotherapeutisch behandelt werden müssen.

Die Kategorie **F98** fasst quasi als „Restkategorie“ eine ganze Reihe von anderen Störungen im Kindes- und Jugendalter zusammen: Zunächst die Ausscheidungsstörungen (F98.0), die nichtorganische Enuresis, das Einnässen nach dem 5. Lebensjahr, wobei man von primärer Enuresis spricht, wenn ein Kind nie die Sauberkeit erworben hatte, während man ein Wiedereinnässen, z. B. nach einem belastenden Ereignis, als sekundäre Enuresis bezeichnet. F98.1 klassifiziert die nicht organische Enkopresis. Ein schweres Störungsbild, was häufig in Familien auch zu massiven Auseinandersetzungen führt, z. B. wenn verschmutzte Unterhosen verklebt hinter einer Heizung gefunden werden etc. Nicht selten sind diese Kinder vor stationärer Aufnahme wegen ihres Verhaltens sowohl im Elternhaus als auch z. B. in der Schule massiv bestraft und gedemütigt worden.

Betrachtet man die Diagnoseverteilung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Ulm bei den stationären Fällen, so herrschen die schwer beeinträchtigenden Störungsbilder Posttraumatische Belastungsstörung sowie impulsiv aggressive Störungsfelder mit und ohne Aufmerksamkeitsdefizit vor. Hinzu kommen Essstörungen, schizophrene Störungen und Depressionen. Bei den ambulanten Fällen herrschen ganz klar die zuletzt beschriebenen 90er Diagnosen – emotionale und Verhaltensstörungen des Kindes- und Jugendalters – vor, wobei auch hier wieder hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens dominieren. Da in den letzten Jahren gerade von

³⁰ vgl. Schmid, Fegert & Petermann 2010

Pflegefamilien und aus dem Kontext der Jugendhilfe immer häufiger Kinder mit hoher Komorbidität psychosozialen Risikofaktoren und insbesondere traumatisierte Kinder vorgestellt wurden, haben wir uns durch die Einrichtung einer Traumaambulanz, einer Pflegekinderambulanz und einer spezialisierten aufsuchenden Heimkinderambulanz auf diese Nachfrage eingestellt.

Dennoch bleibt festzustellen, dass weitaus der größte Teil der Kinder in Deutschland gesund und positiv bzw. unauffällig aufwächst. Allerdings steigt die Verunsicherung der Eltern³¹. Auch die Shellstudie fand schon im Jahr 2000, dass 50 Prozent der befragten Eltern nicht wissen, woran sie sich in der Erziehung halten sollen. Der KIGGS-Survey stellte eine Abnahme akuter pädiatrischer Erkrankungen fest, zeigte aber auch die Zunahme chronischer Erkrankungen und die Zunahme von Verhaltens- und psychischen Störungen im Kindesalter auf ca. 20 Prozent³². Diese Belastung steigt dann noch einmal an, wenn in Familien besondere Risiken festzustellen sind, wie z. B. Konflikte der Eltern, Unzufriedenheit mit der Partnerschaft, Trennungsstreit etc. Das Grünbuch der EU³³ zur seelischen Gesundheit hat die Langzeitkosten von Kindern mit und ohne Verhaltensstörungen und psychischen Störungen aufgegriffen und zum Anlass genommen, eine frühzeitige interdisziplinäre Versorgung zu fordern (**vgl. Abb. 1**).

Seelische Behinderung

Der zentrale Unterschied zwischen einer seelischen Störung und seelischer Behinderung ist das gleichzeitige Vorliegen der Diagnose einer seelischen Störung nach ICD-10 und einer daraus resultierenden Beeinträchtigung bei der Teilnahme am Leben. Dieses Konzept, welches ursprünglich aus der Eingliederungshilfe, d. h. aus dem Bundessozialhilfegesetz stammte und in den 90er Jahren in die Jugendhilfe, zunächst über eine Bestandswohnungsklausel, eingeführt wurde, ist am Anfang häufig auf Unverständnis gestoßen³⁴ und bedurfte sehr oft der Diskussion und der fachlichen Information³⁵. Mehrfach wurde der § 35a SGB VIII umgestaltet, wobei jetzt schon der Schriftsatz des Absatzes 1 deutlich macht, dass es sich um eine zweigliedrige Norm handelt, bei der der Rechtsanspruch zunächst auf der Feststellung einer seelischen Störung beruht und dann gleichzeitig auch noch gegeben sein muss, dass die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft deshalb beeinträchtigt ist. Kinder, die von einer seelischen Behinderung bedroht sind, werden seelisch behinderten Kindern gleichgestellt. Die Feststellung des ersten Feststellungsschritts, nämlich der Abweichung der seelischen Gesundheit, ist nach § 35a SGB VIII Sache einer Ärztin/eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder einer Ärztin/eines Arztes oder einer Psychologischen Psychotherapeutin/eines Psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrung auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt.

³¹ Erziehungsgutachten des Wissenschaftlichen Beirats in Familienfragen 2005

³² KIGGS 2007; www.kiggs.de

³³ Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2005

³⁴ Vgl. Fegert 1994

³⁵ Vgl. Fegert 2004

Explizit wird ausgeführt, dass die Stellungnahme auf der Grundlage der von der internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen ist. Eine von uns Ende der 90er-Jahre in Rostock entwickelte Musterstellungnahme, die mittlerweile mehrfach weiterentwickelt wurde, hat sich zur Vermeidung von Formfehlern als praxistauglich in der Kommunikation und gerichtsfest erwiesen. Die jeweils aktuelle Form dieser Stellungnahme kann auf unsere Homepage (www.uniklinik-uhl.de/kjpp) unter der Rubrik „Sonstiges“ herunter geladen werden. Auf dieser standardisierten Basis gelingt es uns bei den stationären Fällen, sehr frühzeitig nach Aufnahme – wenn nötig – zusammen mit der Jugendhilfe in eine Hilfeplanung zu kommen und dafür auch die Einwilligung der Sorgeberechtigten zu erlangen.

In einer retrospektiven Doktorarbeit zur Umsetzung von Hilfen bei stationären Patienten aus den Jahren 2001 – 2003 konnten wir feststellen, dass 85 Prozent der Fälle in der Hilferealisierung so umgesetzt wurden, wie es im jeweiligen Hilfeplangespräch besprochen wurde. 36 Prozent der Hilfemaßnahmen konnten direkt im Anschluss an den stationären Aufenthalt umgesetzt werden, weitere 16 Prozent innerhalb einer Woche nach Entlassung, bei knapp der Hälfte dauerte die Umsetzung länger als eine Woche. Nach ein bis zwei Jahren wurde bei 61 Prozent der Jugendlichen die Hilfe verändert – in der Regel reduziert – oder beendet. Dieses detaillierte Bild der Umsetzung widerspricht manchmal unserer subjektiven Wahrnehmung der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, die wir anhand von umstrittenen Einzelfällen oft als recht problematisch erleben.

Insofern tut es beiden Systemen gut, bisweilen nüchtern Bilanz über alle Fälle zu ziehen, um festzustellen, ob insgesamt die Kooperation funktioniert oder nicht. Neu ist für viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ebenso wie immer noch in der Jugendhilfe, das Konzept der Teilhabebeeinträchtigung. Die Begrifflichkeiten kommen ursprünglich aus dem Kontext der Weltgesundheitsorganisation und waren insbesondere bei der Ausformulierung der Internationalen Klassifikation des Zurechtkommens ICF von Bedeutung. Unterschieden werden hier Beeinträchtigungen der Funktionen von körperlichen und strukturellen Funktionen, Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe.

Auf allen drei Ebenen sollen sowohl Barrieren und Hinderungsgründe für die Teilhabe als auch mögliche Erleichterer, das heißt Faszilitatoren, beschrieben werden. Zu beachtende Elemente sind die Pervasivität, das heißt, ob das Störungsbild auf mehrere Bereiche Auswirkungen hat, z.B. ob eine Funktionsbeeinträchtigung sich in der Familie, in der Schule und auch in der Freizeit auswirkt, oder ob die Funktionsbeeinträchtigung nur auf einen Bereich beschränkt ist. Die Pervasivität trägt erheblich zum Ausmaß der Beeinträchtigung bei. Zweites Element ist die Intensität, das heißt, ob das Störungsbild in einem (oder mehreren) Bereich(en) so stark ausgeprägt ist, dass die Stärke der Funktionsbeeinträchtigung nicht mehr mit einer Teilhabe vereinbar ist. Das bedeutet, dass z. B. auch bereits ein Bereich genügt, um eine Teilhabebeeinträchtigung festzustellen, obwohl das Funktionsniveau in den anderen Bereichen noch hoch und/oder ausreichend sein kann.

Ein weiteres Element ist die Chronizität: Das heißt, für die Dauer der Funktionsbeeinträchtigung (Chronizität) liegt bereits in der Norm des § 35a KJHG ein Kriterium vor, da dort der Halbjahreszeitraum in der Regel vorausgesetzt wird. Wir unterscheiden bei den

Indikatoren für eine Teilhabebeeinträchtigung individuelle Voraussetzungen, wie die soziale Lebenslage, Selbstpflegekompetenzen, Kompetenzen der Familie, Leistungsfunktionen des Kindes und Leistungsfunktionen der Familie, von interaktionellen Voraussetzungen an den Schnittstellen zwischen Familie und Systemen, wie z. B. die Integration in die Familie, Integration in KITA, Schule und Arbeit, Integration in die Peergroup, Integration in der Freizeit, Integration in den Sozialraum und allgemein die Beziehungsqualitäten des Kindes und Jugendlichen. Das statistische Bundesamt gibt einen Überblick über die Gründe für Hilfestellung für seelisch behinderte junge Menschen aus der Jugendhilfestatistik (**Abbildung 2**).

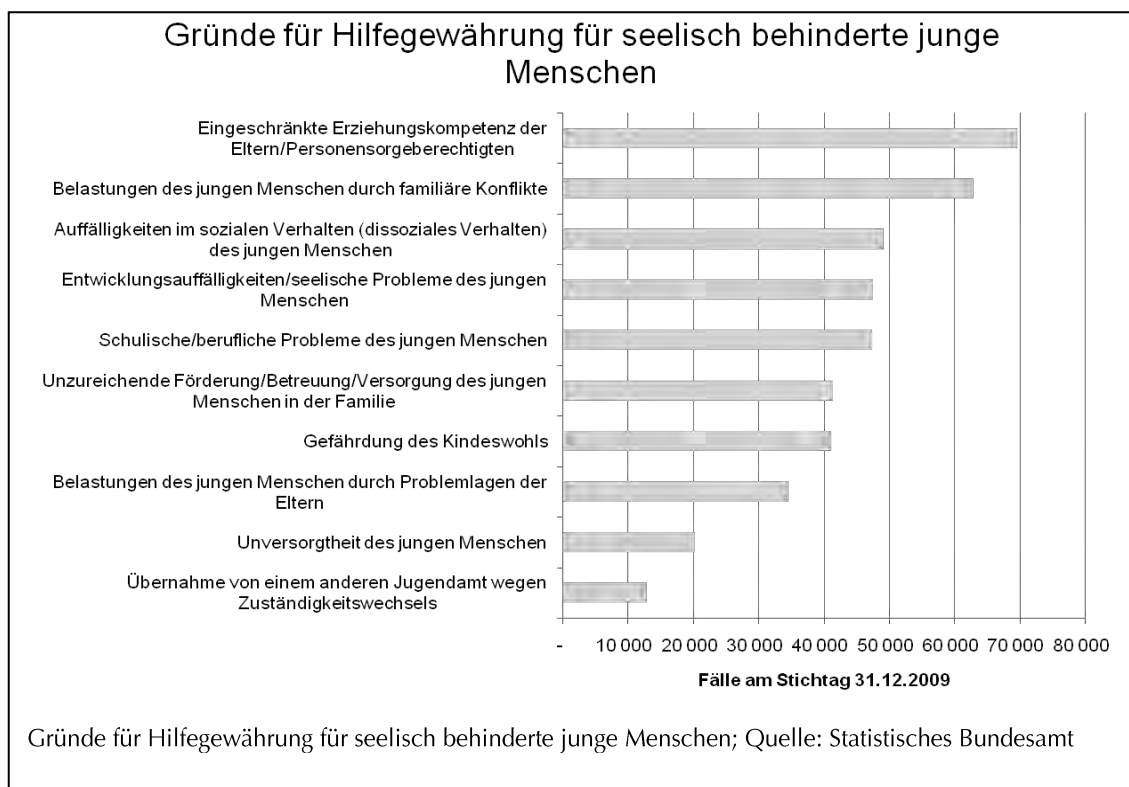


Abbildung 2

In unserem Klinikmanual³⁶ geben wir für angehende Fachärztinnen und Fachärzte und für unsere Kooperationspartner, z. B. in der Jugendhilfe, einen knappen Überblick über die hier kurz angerissenen Störungsbilder und über besondere, belastende Krisen- und Ausnahmesituationen wie Suizidalität etc. Wir haben uns bemüht, wo immer angemessen, die Störungsbilder durch eine Fallgeschichte zu verdeutlichen, und haben für jeden Fall auch eine grafische Übersicht zu den Indikatoren der Teilhabebeeinträchtigung auf individueller und interaktioneller Übersicht gegeben. Gleichzeitig sind für die Musterfallbeispiele auch Musterstellungnahmen für die Jugendhilfe erstellt worden, in der Hoffnung, so auch bei der kommenden Generation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und in der Jugendhilfe zu einer besseren Verständigung beizutragen.

³⁶ Fegert, Kölich 2010

(Parallele) Hilfesysteme

Welche Unterstützungssysteme sind notwendig, welche speziellen Angebote gibt es, welche sind evidenzbasiert?

Deutschland verfügt in der Jugendhilfe wie in der Medizin und Psychotherapie über ein differenziertes, letztendlich gut ausgebautes System mit vielen Rechtsansprüchen und Hilfeangeboten, das sich auch im internationalen Rahmen sehen lassen kann. Allerdings gibt es wenige tatsächlich ausgearbeitete Brücken zwischen den Systemen, wo wirklich aufeinander Bezug genommen wird. Im § 35a KJHG ist dies, wie oben dargestellt, gelungen. Hier wird sogar bis in die diagnostischen Voraussetzungen hinein auch das ärztliche Vorgehen bei einer Stellungnahme mitgeregelt, und zwar unter Bezugnahme auf die im SGB V befindlichen Regelungen. Betrachtet man aber die nun seit mehreren Jahren andauernde Debatte um ein Bundeskinderschutzgesetz und die immer wieder gescheiterten Versuche, den Gesundheitsbereich hier mit einzubinden, kann man bislang nur feststellen, dass es sich weiterhin um weithin getrennte Hilfesysteme handelt. Komplexleistungen sind kaum zu realisieren, auch da, wo sie sinnvoll wären. Sinnvolle Angebote unter einem Dach, wie sie z. B. zwischen Jugendhilfe, Krankenversicherung und Rentenversicherung in der Modelleinrichtung JUST³⁷ exemplarisch durchgeführt werden, sind nach wie vor in der Regel unerwünscht und werden, hier z. B. von der Rentenversicherung Bund, mit multiplen Hindernissen immer wieder blockiert.

Für den Praktiker entsteht an vielen Stellen der Eindruck, dass die „hohe Politik“ wie jetzt im Entwurf zum Bundeskinderschutzgesetz so auch auf Festreden an die Praxis stets appelliert, sich zu vernetzen und gut zusammen zu arbeiten, es aber auf politischer Ebene nicht gelingt, Rechtsansprüche zueinander in Bezug zu setzen und den z. B. von der Aktion Psychisch Kranke lange geforderten personenzentrierten Ansatz durch Komplexleistungen und adäquate Mischfinanzierungen um den Bedarf der Betroffenen herum richtig zu organisieren. Neben der Ressortversäulung und mangelnden Anreizen bzw. einer mangelnden Steuerung in Richtung inhaltlicher Zusammenarbeit von Ressorts sind es auch die grundsätzlichen Sichtweisen in den Systemen, die eine gemeinsame Fallbearbeitung nicht von Anfang an einfach machen. Holzschnittartig könnte man die Jugendhilfe als pädagogisch ausgerichtet, familienzentriert, mit einem generell beratenden und unterstützenden Ansatz charakterisieren, wenn familiäre Erziehungsdefizite (an)erkannt werden.

Die Forschung in der Sozialpädagogik und in der Jugendhilfe ist nach wie vor häufig noch prozessorientiert, qualitativ auf den Einzelfall bezogen. Hier hat sich zwar vieles geändert, es wird deutlich mehr evaluiert, wie es auch von vergangenen Jugendberichtskommissionen gefordert wurde, dennoch verfügen wir in Deutschland noch nicht über eine „evidenzbasierte Jugendhilfe“. In der Medizin ist letztendlich das betroffene Individuum mit seinen Krankheiten der Rechtsanspruchsträger, das heißt, seine Krankheiten begründen die Rechtsansprüche. Aus der ressourcenorientierten Jugendhilfe wird dies häufig als Defizitorientierung wahrgenommen. Letztendlich ist der therapeutische Zugang zunächst individuumszentriert, bezieht die Familie zwar ein, aber die Leistung wird durch das Leiden des Betroffenen ausgelöst, die Intention ist, zu heilen bzw. das Leiden zu mindern. Die Forschung in der Medizin ist häufig outcome-orientiert und quantitativ.

³⁷ vgl. Fegert, Schepker 2009

Verschiedene Steuerungsgremien wie z. B. der gemeinsame Bundesausschuss, aber auch das INEK zur Bewertung der Studienlage, sollen dafür sorgen, dass nur nachweislich wirksame, sinnvolle Therapieformen angewandt werden.

Die ärztliche Sicht ist häufig geprägt vom Diagnosebezug und von den Regeln des Krankenversicherungssystems. Derzeit gibt es im System keine abrechenbare Zeit von Vernetzung. Viele Ärztinnen und Ärzte, insbesondere in der Körpermedizin, haben Angst vor Konsequenzen und Arbeitsaufwand bei „Einschaltung“ der Behörden. Hieran scheitert, trotz klarer Wahrnehmungen, oft die Zusammenarbeit im Kinderschutz, zumal hier auch noch wegen der Rückholpflicht der Krankenkassen bei fremdverursachten Gesundheitsschäden nach § 294 a SGB V häufig eine Diagnosestellung unterbleibt, damit nicht allein durch die Mitteilung des Problems an die Krankenkassen, zu dem die Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, automatisch der Staatsanwalt eingeschaltet wird. Letztendlich führt dies aber dazu, dass im Gesundheitswesen in Deutschland der Aufwand von Kinderschutzfällen nicht erfasst wird, ihre Qualitätssicherung kaum stattfindet, weil ein Problem auch nicht im System abbildbar ist, wenn keine Diagnose gestellt wird, und infolgedessen notwendige Leistungen auch nicht verhandelbar sind.

Generell – als Mediziner darf ich dies vielleicht sagen – besteht bei den medizinischen Fachkräften und bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten häufig ein Unwissen über rechtliche Zusammenhänge, eine Unkenntnis über sozialrechtliche Möglichkeiten, insbesondere auch eine Unkenntnis über die Angebote der Jugendhilfe. Noch immer wird, wie unsere Befragung in erwachsenenpsychiatrischen Kliniken zeigte, das Jugendamt nicht nur von den psychisch kranken Patientinnen, sondern auch von ihren erwachsenenpsychiatrischen Behandlern gefürchtet und in der Regel gemieden und quasi nur als Interventionsbehörde „Kinderklau“ wahrgenommen. Insofern erstaunt auch das jetzt geplante, hohe finanzielle Engagement des Bundes, des BMFSFJ, im Kinderschutz, in den Frühen Hilfen in Bezug auf Familienhebammen, welche ja aus dem Gesundheitssystem kommen und oft eine Überführung in Angebote der Jugendhilfe nicht gewährleisten können. Ob eine, nun in keiner Weise miteinander verbundene, zusätzliche Finanzierung zusätzlicher Leistungen sie auch im Denken der Jugendhilfe automatisch ankommen lässt, mag bezweifelt werden. Grundkonflikte in Bezug auf die Berufsgruppenidentität und weitere Probleme zwischen den Systemen sind hier vorprogrammiert, da es den Bundesministerien offensichtlich nicht gelungen ist (vielleicht wurde es vom BMG auch gar nicht versucht, an mehreren vorbereitenden Runden fehlten die Vertreter des BMG), sich hier auf ein gemeinsames Vorgehen zu einigen.

So versäult die Systeme hier wirken, muss dennoch festgestellt werden, dass auch unsere Vernetzungsforschung im Kinderschutz³⁸ zeigte, dass punktuell ein sehr hohes Engagement bei den medizinischen Akteurinnen/Akteuren vorgefunden wird, und zwar ohne abrechnungsrelevante, zeitliche Ressourcen. Gerade diese engagierten Medizinerinnen/Mediziner, die sich um ihrer Patienten willen weit über das abrechenbare Maß hinaus in der Abstimmung und Vernetzung mit der Jugendhilfe engagieren, fühlen sich dann bisweilen vor den Kopf gestoßen, wenn sie quasi nur als „Stellungnahmenlieferanten“, als notwendige Diagnostiker, aber nicht im Sinne des § 36 wirklich bei der Hilfeplanung mit einbezogen werden. Ich denke, dass sich die Jugendhilfe derzeit auch der Chance einer

³⁸ vgl. Ziegenhain et al. 2010

externen Überprüfung der Weiterentwicklung im Einzelfall durch Wiedervorstellung und weitere Einbeziehung im Verlauf nicht hinreichend bedient. Während bei Kassentherapien automatisch nur eine bestimmte Zeit bewilligt wird und dann eine weitere externe Überprüfung erfolgt, wird scheinbar in den letzten Jahren die Hürde vor Bewilligung einer Jugendhilfeleistung immer höher. Ist eine Jugendhilfeleistung einmal bewilligt, wird dann aber kaum mehr gemeinsam, interdisziplinär überprüft, ob die Hilfe wirkt oder beendet werden muss. In der Medizin gibt es klare diagnostische Systeme und Regeln, wie damit umgegangen wird. Leistungen werden permanent evaluiert. In den sozialpädagogischen Berufen der Jugendhilfe besteht nach wie vor³⁹ ein Mangel an evidenzbasierter Diagnostik und Evaluation. Beziehung und intensive Fallarbeit sind zentrale Komponenten der Arbeit, wobei die Ausformulierung des Ziels der Beziehung und eine Evaluation der Zielerreichung angesichts der starken Prozessorientierung nicht immer erfolgt. Teilweise beklagen wir Mediziner, mit Blick auf das Handeln der Akteure in der Jugendhilfe, die Gefahr der Bagatellisierung durch Verständnis für Klienten und das Bemühen um eine gute Beziehung bei gleichzeitiger Angst vor Konfrontation mit Defiziten und Grenzen.

Dennoch kann festgestellt werden, dass sich über die letzten Jahre hinweg die beiden Systeme der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie im medizinischen System durch die Klammer des § 35a SGB VIII zunehmend auch im Verständnis aufeinander zubewegt haben. Dies ist leider, nicht zuletzt auch wegen der föderalen Zuständigkeit, für den schulischen Bereich, der für die Förderung jedes Kindes mit Problemen zentral ist, so nicht festzustellen. Deutschland hat, durchaus im Wortsinn, eines der „exklusivsten“ Schulsysteme. Im Vergleich mit unseren europäischen Nachbarn sind wir führend in Spezialbeschulung, erreichen in solchen speziellen Settings teilweise auch exzellente Förderung, aber um den Preis einer frühen Ausgliederung aus der Gleichaltrigengruppe. Man mag sagen, es handle sich hier um ein Luxusproblem, denn insgesamt wird hier, auch wiederum im internationalen Vergleich, den betroffenen Kindern sehr viel angeboten, aber die Kooperation im Dreieck Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule bleibt oft schwierig. Häufig findet unkoordiniert eine getrennte Unterstützungsplanung statt. Es gibt nach wie vor keine aufsuchenden Behandlungsangebote in der Schule, welche in vielen anderen Ländern gang und gäbe sind. Das System der Schulpsychologie ist von Land zu Land unterschiedlich ausgestaltet und kann mehr oder weniger stark in diagnostische und beraterische Aufgaben mit eingebunden werden. In den letzten Jahren hat der Übergang ins Erwachsenenalter an Bedeutung gewonnen, wobei generell festgestellt werden kann, dass die arbeitslosen Jugendlichen die Verlierer der Krise waren, während bislang die schon in den Arbeitsmarkt integrierten Arbeitnehmer die Krise durch Maßnahmen wie Kurzarbeit etc. in Deutschland erstaunlich gut und sozial abgesichert bis zum jetzt wiedererfolgten Aufschwung durchlebt haben.

Kaum diskutiert wird zwischen Medizinerinnen/Medizinern und Akteuren aus der Jugendhilfe der Systembruch, den viele Jugendliche zwischen der Haltung der Jugendhilfe und der Haltung der Arbeitsagentur beklagen. Hier treffen, will man es grob skizzieren oder karikieren, altes Fürsorgedenken und New Labor (fordern und fördern) unvermittelt aufeinander. Während im Kontext der Jugendhilfe und auch in der Kinder- und Jugendmedizin ein Jugendlicher, welcher mehr Probleme macht, fast automatisch immer mehr Aktivität und teurere Maßnahmen, individuellere Betreuung auslöst, wird dieser Jugendli-

³⁹ vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, Dt. Bundestag 2009

che aus der Sicht der Arbeitsverwaltung als desinteressiert, schwer vermittelbar etc. angesehen. Derzeit liegt die Jugendarbeitslosigkeitsquote höher als in der Durchschnittsbevölkerung. Die Jugendarbeitslosigkeitsquote steigt schneller an, ein erhöhter Druck nach unten durch die Abiturdoppeljahrgänge 2012 ist zu erwarten. Angesichts dieser Situation muss wohl aus medizinischer Sicht wie aus der Sicht der Jugendhilfe die Schnittstellenproblematik bei der Arbeitsintegration stärker angegangen werden. Eine besondere Rolle spielen dabei auch die Sanktionen, welche im Arbeitsbereich möglich sind, die aber in der Jugendhilfe, quasi im Rahmen der Care- und Fürsorgeideologie, verpönt sind. In der Theorie wird die Jugendhilfe nach § 13 SGB VIII bei der Arbeitsförderung mit tätig. Vorgesehen ist eine Kooperation mit der Arbeitsagentur, auch eine Mitfinanzierung, aber auch hier haben wir massive Schnittstellenprobleme. Hinzu kommt, dass die schulische Förderung und Vorbereitung auf den Übergang oft davon wieder abgekoppelt ist. So fördert z. B. das BMBF, ohne Absprache und Koordination mit dem BMFSFJ, ein relativ identisches Projekt zur Übergangsbegleitung von Jugendlichen aus der Schule in den Arbeitsbereich. Noch im alten Jahrtausend hatte das BMFSFJ bei *Schmidt* und *Petermann* die **Jugendhilfeeffektstudie** in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse⁴⁰ auf der Basis der Untersuchung von 233 Familien mit Hilfen zur Erziehung ließen aufhorchen. Betrachtet wurden **fünf Hilfemaßnahmen**:

- Die **Erziehungsberatung**, die– nach Eindruck der Autoren der Studie – oft mit der höchsten therapeutischen Qualifikation vor allem Kinder mit geringen Problemen des Kindes und der Familie und aufgrund guter Ressourcen im Umfeld der Kinder mit guter Prognose betreut.
- **Erziehungsbeistandschaften** bei den Familien mit der höchsten Problematik. Hier handelt es sich meist um Jugendliche mit den geringsten Umfeldressourcen. Manchmal ist auch die Problematik der Kinder, im Vergleich zur Problematik der Familie, gering. Diese Hilfeform wird am häufigsten an Familien mit einem Migrationshintergrund vergeben.
- **Sozialpädagogische Familienhilfe** ist gekennzeichnet durch eine hohe familiäre Problematik und größte familiäre Defizite der Stichprobe. Je jünger die Kinder sind, desto besser war die Prognose der Hilfen.
- Betrachtet man die **Hilfe in Tagesgruppen**, kommen die Autoren zu dem Schluss, dass hier vor allem jüngere Kinder mit relativ hoher eigener Problematik und hoher Symptombelastung aber niedrigster Problematik der Familie, schwächsten Ressourcen im Umfeld und geringen Defiziten der Familien betreut werden.
- Der **Heimerziehung** wird attestiert, dass sich relativ geringe Veränderungsaussichten und relativ schwache Umfeldressourcen paaren. Ältere Kinder und Jugendliche mit schwierigster Problematik und höchster Symptombelastung werden dort betreut. Die Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts hatte uns gebeten, mit einer Expertise, veröffentlicht im Band Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht⁴¹, zu psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem Stellung zu nehmen. Dort haben wir auch die Situation von Heimkindern heute dargelegt.

⁴⁰ Schmidt et al. 2002

⁴¹ Fegert, Besier 2009

Grundlegend bleibt unsere Ulmer Heimkinderstudie⁴². Wir fanden da, im Vergleich zur Prävalenz in der Bevölkerung, deutlich erhöhte Diagnoseraten. Insgesamt waren ca. 60 Prozent der heute in Heimen betreuten Kinder psychisch auffällig, obwohl nur 13 Prozent dieser Kinder nach § 35a SGB VIII in Heimen untergebracht waren. Das heißt, die psychiatrische Komponente ihrer Problematik wird häufig zu wenig beachtet und die Jugendhilfestatistik zu § 35a bietet kein geeignetes Bild zur Einschätzung der psychiatrischen Belastung der von der Jugendhilfe betreuten Kinder und Jugendlichen. Trotz massiver Auffälligkeit wurden nur 11 Prozent der in den Heimen betreuten Kinder und Jugendlichen medikamentös behandelt. Im Vergleich zu „Familienkindern“ aus der Mittelschicht stellt dies bei klassischen Störungsbildern wie Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Depression etc. eine deutliche Unterbehandlung dar.

Abbildung 3 gibt einen Überblick über die Prävalenz einzelner Diagnosegruppen im Vergleich zur Prävalenz in der Bevölkerung.

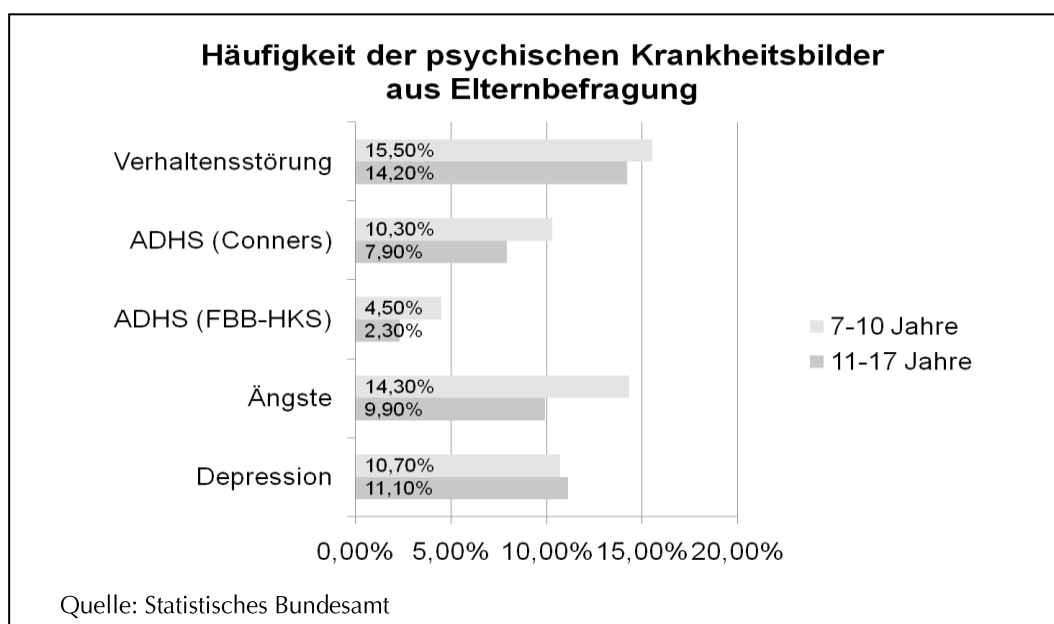


Abbildung 3

Mit Unterstützung des BMBF im Schwerpunkt Versorgungsforschung konnten wir dann eine Interventionsstudie mit aufsuchender Institutsambulanzarbeit in Einrichtungen der Jugendhilfe durchführen. Im Rahmen dieser Studie konnte in der Interventionsgruppe die Zahl der stationären Behandlungstage fast halbiert werden, gleichzeitig die Zufriedenheit der Jugendhilfe über die Kooperation und über die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung deutlich gesteigert werden, und dies sogar in Krisensituationen. Wir kamen dabei zu dem Schluss, dass Kinder und Jugendliche in Heimen psychiatrisch hochgradig auffällig und bislang unterversorgt sind. Sie benötigen häufig Erziehung und Therapie. In der Gruppe mit intensiver aufsuchender ambulanter Behandlung fallen in Folge kürzerer stationärer Behandlungszeiten signifikant weniger stationäre Pflēgetage an als in der Kon-

⁴² ausführlich im Buch nachzulesen Schmid 2007 bzw. in Einzelpublikationen Schmid et al. 2008

trollgruppe mit herkömmlicher Behandlung. In der Interventionsgruppe wird ein höherer Anteil der bedürftigen Jugendlichen fachärztlich und psychotherapeutisch versorgt. Die Debatte um ein neues Abrechnungssystem in der Psychiatrie könnte es ermöglichen, neue Behandlungsformen mit noch intensiverer Intervention, im Sinne eines Hometreatments außerhalb des Krankenhauses, direkt in Heimen durchzuführen. In der Zukunft sollten solche Modelle unbedingt erprobt werden. Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung vor Ort verstärkt die positiven Effekte der Jugendhilfe und sichert den Betroffenen eine Betreuungskontinuität.

In den Niederlanden hat sich in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel in der Jugendhilfe in Richtung evidenzbasierte Jugendhilfe ergeben. Das Nederlands Jeugdinstituut hat eine Datenbank zu effektiven Interventionen bei Jugendlichen herausgegeben. Diese Datenbank ist öffentlich zugänglich, hat eine Suchfunktion und bezieht sich auf Interventionen in der Jugendhilfe, in der Jugendgesundheitsfürsorge und Interventionen gegen Jugendkriminalität sowie auf die Prävention und/oder Reduktion von Problemen in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen⁴³. Im Suchtbereich hat die amerikanische SAMHSA seit Jahren ein nationales Register evidenzbasierter Programme und Praktiken im Gebrauch. Auch die europäische EMCDDA bereitet solche Übersichten auf⁴⁴. Solche Übersichten mit Wirkungsbewertung fehlen in Deutschland von offizieller Seite noch weitgehend. Vielmehr hat ein großes bundesgefördertes Projekt⁴⁵ der Bielefelder Gruppe über mehrere Jahre für Deutschland zu dem Ergebnis geführt, dass eine Zielsteuerung in der Jugendhilfe insgesamt weder sinnvoll noch machbar sei. Wir sehen dies anders und haben mit einem der großen Träger, dem CJD, und mittlerweile auch mit dem Bundesamt für Justiz in der Schweiz. Das Bundesamt für Justiz unterstützt fast alle großen Heimträger, da die Schweiz bislang weitgehend auf einen Jugendstrafvollzug verzichtet hat und auch delinquierende Jugendliche in normalen Kinderheimen resozialisiert und, neben allgemeinen sozialen Kompetenzzielen, Projekte zur partizipativen Zieldefinition, Zielplanung und Erfassung durchgeführt⁴⁶. Dies belegt auf jeden Fall die Machbarkeit solcher Ansätze und die Wirksamkeit von Jugendhilfeleistungen, da gerade in Bezug auf spezifische Ziele recht hohe Effektstärken erreicht werden konnten.

Gestiegene Fallzahlen im (Bundes-)Ländervergleich

Wie haben sich die Fallzahlen im Laufe der letzten Jahre in Deutschland in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe entwickelt, wie sieht die Entwicklung im Ländervergleich aus?

Zunächst muss das generelle Paradoxon angesprochen werden. Wir haben einen Geburtenrückgang und trotzdem einen steigenden Bedarf und eine Fallzahlverdichtung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Trotz Fallzahlsteigerung (doppelt so viele Patienten wie in den 90er-Jahren) und Behandlungsverdichtung (nur noch ein Drittel der Liegenzeiten) und einer Bettenreduktion (mehr als ein Viertel trotz Aufbauprogramm) und Personalre-

⁴³ <http://www.nji.nl/jeugdinterventies>

⁴⁴ vgl. unsere Expertise zur indizierten Prävention bei Jugendlichen mit Verhaltensproblemen oder beginnenden Drogenproblemen Fegert et al. 2009

⁴⁵ Albus et al. 2010

⁴⁶ vgl. Lutz et al. 2006, Lutz et al. 2008b, Lutz et al. 2008a

duktion⁴⁷ besteht weiterhin eine Unterversorgung. Nur 17 bis 50 Prozent der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen erhalten Therapie⁴⁸, davon nur jeder zweite in einer adäquaten Form⁴⁹. Die Inanspruchnahme von Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Menschen von 6 bis 18 Jahren ist in fast allen Bundesländern über die letzten Jahre hinweg angestiegen (**Abbildung 4**).

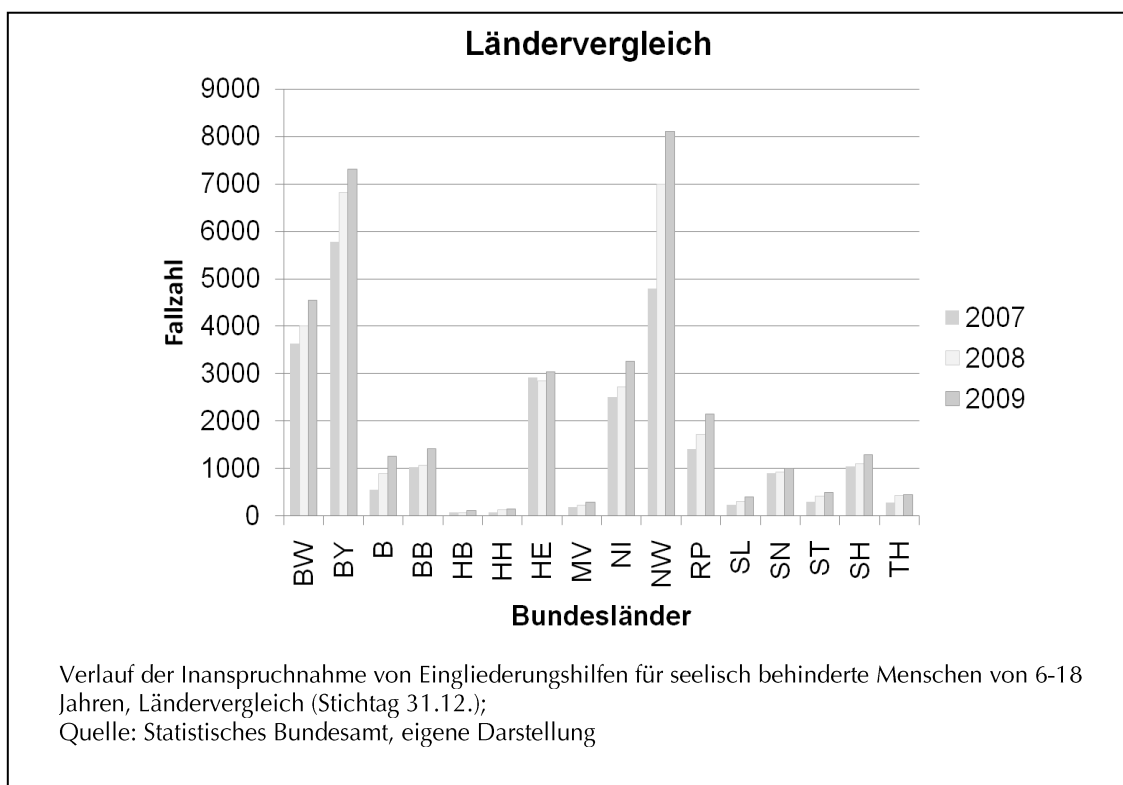


Abbildung 4

Dennoch sind die Zahlen kaum vergleichbar und die Praxis ist in Bezug auf die Einbeziehung kinder- und jugendpsychiatrischen Sachverstands, auch zwischen den Bundesländern, stark unterschiedlich. Vergleicht man die Fallzahlen auf Bundesebene (**Abbildung 5**), kann aber ein deutlicher Fallzahlenanstieg beobachtet werden.

⁴⁷ BMG, APK-Umfrage, PsychPV-Evaluation KJPP 2005

⁴⁸ Ravens-Sieberger 2006, Wittchen 2000

⁴⁹ Wittchen 2000

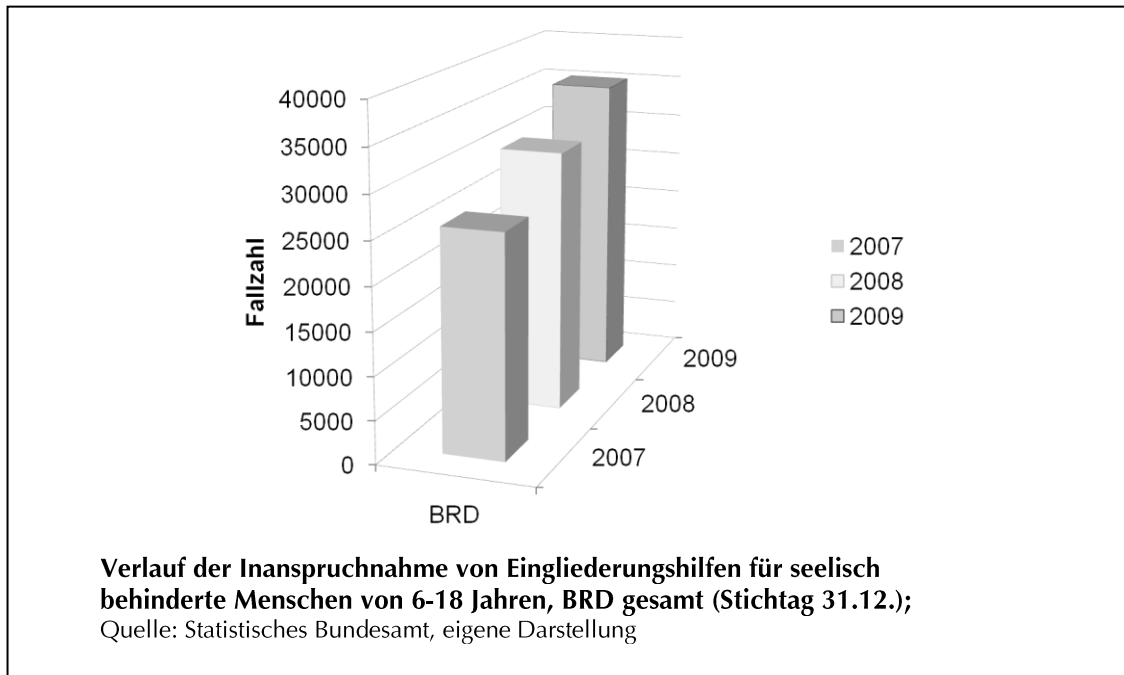


Abbildung 5

Gestiegene Kosten, aber weniger Geld – mehr Fälle, aber nicht mehr Geld

Welche Lösungen gibt es? Mit welcher Strategie werden bestimmte Kosten eingesetzt?

Schon im Rahmen unserer Expertise zum 10. Kinder- und Jugendbericht⁵⁰ hatten wir uns der Frage gewidmet, ob denn die richtigen Adressaten die richtigen Hilfen bekommen. Wie sieht es mit der Problemwahrnehmung, dem Behandlungsbedarf und der Inanspruchnahme von Hilfen durch Familien aus? Wir befragten damals 2.823 Eltern zu Problemen mit ihren Kindern. 4,6 Prozent der Jungen und 3,8 Prozent der Mädchen machten ihren Eltern große Sorgen und Probleme, doch nur 37,2 Prozent dieser Eltern gaben einen Beratungsbedarf an. Nur 35 Prozent nahmen Hilfe in Anspruch und nur 16,1 Prozent hatten deswegen Kontakt zum Jugendamt (entsprechend ungefähr 2,2 Prozent aller Eltern). Problembelastung, Beratungsbedarf und Inanspruchnahme korrelierten mit sozialem Rückzug, körperlichen Beschwerden, Angst, Depressivität, delinquentem Verhalten, aggressivem Verhalten, sozialen Problemen und Aufmerksamkeitsstörungen. Das zeigt, dass viele Eltern zwar die Probleme ihrer Kinder wahrnehmen, selbst aber nicht aktiv handeln, indem sie sich um Beratung und Hilfe kümmern, geschweige denn sich bei psychischen Problemen ihrer Kinder ans Jugendamt wenden. Dadurch werden viele Probleme verschleppt. Es folgt eine immer geringere Teilhabe der Kinder und Jugendlichen am gesellschaftlichen Leben und am Schulunterricht und erst, wenn vieles schon chronifiziert ist, erfolgt eine Inanspruchnahme aufgrund des Drucks von außen. Letztendlich tragen auch der Kostendruck und das Zuständigkeitskarussell zwischen Schule, Gesundheit, Sozialwesen, Arbeitsverwaltung und der Jugendhilfe dazu bei, dass gerade die bedürftigsten Familien häufig durch widersprüchliche Botschaften und eine primär zunächst einmal ablehnende Haltung abgeschreckt werden.

⁵⁰ Fegert 1999

Wahrscheinlich ist es, auf das Ganze gesehen, eben nicht günstig, bei einer drohenden seelischen Behinderung abzuwarten und zunächst einmal niedrigschwellig einzusteigen oder zu schauen, was andere Träger leisten können, weil sich die Probleme verkomplizieren und damit die Kosten exponentiell ansteigen. Meines Erachtens brauchen wir deshalb eine neue Debatte darüber, welche Hilfen wirklich indiziert sind und was früh wirkt. Die Worte „geeignet“ und „notwendig“ haben bislang in Deutschland zu wenig empirischer Forschung zu dieser Fragestellung geführt, so dass keine hinreichende Evidenzbasis dazu vorliegt, wie die immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen so verteilt werden können, dass sie den größten Effekt erzielen.

Auch die Jugendpsychiatrie wird in den nächsten Jahren durch die Einführung eines neuen Entgeltsystems⁵¹, das im Krankenhausfinanzierungsgesetz im § 17d skizziert wird, erheblich belastet sein. Geplant ist die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems bis 2013. Das heißt nicht, dass wie in der Körpermedizin DRGs eingeführt werden sollen, sondern es wird um nicht diagnosebezogene, aber aufwandsbezogene Entgeltsätze gehen. Verbunden ist das Ganze, wie sich jetzt schon abzeichnet, mit einem enormen Dokumentationsaufwand, der einzelne Prozeduren dokumentieren soll. Zu befürchten ist dabei, dass Patienten, die sozial besser integriert sind und insgesamt eine höhere intrapsychische Struktur aufweisen, sehr viel stärker in die geplanten 25-Minutenraster von Therapiestunden und Aktivitäten passen und deshalb höhere Einnahmen bringen als die schwierigen Akutpatienten, welche primär ein therapeutisches Milieu für sich und andere, Schutz und Sicherheit und häufig sehr intensive Zuwendung über den ganzen Tag hinweg, aber eben nicht in Therapieeinheiten, benötigen. Diese wichtige Arbeit der Akutpsychiatrie, die in vielen Krisen ja auch die Kinder- und Jugendhilfe entlastet, droht im neuen System schlechter abgebildet zu werden. Noch jetzt gibt es überhaupt keine Regelungen dafür, wie man z. B. mit der Notwendigkeit der Vollversorgung und der damit zusammenhängenden Freihaltung von Krisenbetten etc. umgehen wird.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie könnte die Gefahr bestehen, dass sich Kliniken die finanziell günstigsten Risiken aussuchen und Patienten, die überall nur Probleme machen, a priori ablehnen oder weiter verweisen. Auch hier würde das Prinzip „geeignet und notwendig“ dann auf den Kopf gestellt, die intensivsten Hilfen würden dort angeboten, wo sie vielleicht am wenigsten notwendig sind, aber am leichtesten zu finanziellen Einkünften für die Krankenhäuser führen könnten. Gleichzeitig könnte der weiterhin verschärfte Druck in der Jugendhilfe dazu führen, dass man sich noch stärker der akuten Entlastung durch Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie bedienen möchte. Hier fahren zwei Züge in der Planung aneinander vorbei und im Ergebnis aufeinander zu, ohne dass bislang in der Fachwelt breit darüber diskutiert wird. Die Versorgung der schwierigsten Kinder und Jugendlichen, das Sich-Kümmern um Scheitererläufe, wird in den nächsten Jahren eine immer stärkere Bedeutung haben und der alleinige Ruf nach mehr geschlossenen Einrichtungen ist letztendlich ein Zeichen pädagogischer und therapeutischer Hilflosigkeit.

Ich habe schon früh betont, dass wir eine gewisse geringe Zahl geschlossener Einrichtungen brauchen und auch die geschlossenen Behandlungsmöglichkeiten in der Kinder- und

⁵¹ Kölch et al. 2010

Jugendpsychiatrie verantwortungsvoll nutzen müssen⁵², bin also hier relativ „ideologieunverdächtig“. Dennoch irritiert es mich, wie schnell in letzter Zeit auch aus der Sicht der Jugendhilfe nach geschlossenen Einrichtungen verlangt wird, ohne zu analysieren, wie es so weit kam, dass diese Geste der Hilflosigkeit nun als letzter Ausweg erscheint. Meines Erachtens sind die Scheitererverläufe, welche zu diesen Forderungen führen, ein ideales Lernfeld für beide Fächer. Wir sollten uns hier sehr viel intensiver um adäquate Lösungen kümmern und gleichzeitig die Bedenken des Gesetzgebers ernst nehmen, die rund um die Veränderung des § 1631b BGB geäußert wurden und in der Änderung ihren Niederschlag fanden.

Der eingangs erwähnte Expertenband zur Integration von Kindern mit seelischen, geistigen und körperlichen Behinderungen zum 10. Kinder- und Jugendbericht hat viele Dinge als Probleme beschrieben, die heute nach wie vor aktuell sind. Gleichzeitig waren wir in gewisser Weise scheu, wenn wir bedenken, dass die Bundesrepublik mittlerweile die UN-Behindertenrechtskonvention ratifiziert hat. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Jugendhilfe bedeutet dies die jahrzehntelange Forderung der Kinder- und Jugendpsychiatrie⁵³ nach der großen Lösung, das heißt, nach der Zuständigkeit der Jugendhilfe für **alle jungen Menschen** mit oder ohne Behinderung. **Inklusion** ist nur mit dieser großen Lösung möglich. Mittlerweile zeigt auch der 13. Kinder- und Jugendbericht und erfreulicherweise die Stellungnahme der letzten Bundesregierung sowie die noch andauernden Bemühungen einer Bund-/Länderarbeitsgruppe in die Richtung der großen Lösung. Für mich wäre als Konsequenz die Aufgabe des § 35a SGB VIII „seelische Behinderung“ und der entsprechenden Eingliederungshilfenorm als Rechtsansprüche und eine Umformulierung des § 27 SGB VIII, der dann sowohl Rechtsansprüche von Eltern, als auch die Rechtsansprüche von Kindern mit drohender Teilhabebeeinträchtigung, unabhängig von der Behinderungsform, kodifizieren könnte, verbunden. Neuer Klärungsbedarf wird wegen der Systemgrenzen und Systembrüche dann bei den Übergängen ins Erwachsenenalter entstehen.

Am 13. Dezember 2006 wurde in New York das Übereinkommen und Zusatzprotokoll der UN-Behindertenrechtskonvention verabschiedet. Die UN-Behindertenrechtskonvention ist zwei Jahre nach ihrer Unterzeichnung, am 26. März 2009, in Deutschland in Kraft getreten. Dies bedeutet, dass der darin vertretene Diversity-Ansatz, das heißt „die Achtung der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderung, die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit“ auch im deutschen Recht und in der Ausprägung deutscher Hilfesysteme seinen Niederschlag finden muss. Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Kinder- und Jugendpsychiater sowie alle, die sich in diesem Fach für Kinder engagieren, sind dabei aufgerufen, auch die pädiatrischen Fachkollegen davon zu überzeugen, dass noch mehr als „Integration“ möglich ist und dass die vielen deutschen Sonderwege in der Sonderbeschulung, in Sondereinrichtungen etc. oft die Exklusion zementieren. Das Gegenmodell zur großen Lösung, die „Integration“ aller Kinder mit Behinderungen in die Zuständigkeit des Behindertensystems und der Sozialhilfe, wäre schon formal eine Exklusion aus dem Kreis der Kinder- und Jugendlichen. Sie hätte zwar den Vorteil, dass die Übergänge ins Erwachsenenalter weniger problematisch würden, gleichzeitig würden aber Festlegungen von der Frühfördereinrichtung bis in die

⁵² Schepker 2010, Schepker et al. 2006a, Schepker et al. 2006b

⁵³ vgl. Specht 1992, Lempp 1999 sowie auch Fegert 1994

Behindertenwerkstatt alles aus der Hand eines Trägers weiterhin zementiert und es würden eben nicht individuell passende Komplexleistungen mit einem persönlichen Budget konzipiert. Die Aktion Psychisch Kranke hat gerade für das Erwachsenenalter sehr häufig solche Komplexleistungen gefordert und betont auch in der Debatte um die Einführung eines neuen Abrechnungssystems in der Psychiatrie, dass man die im § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz verborgenen Chancen einer Reform, z. B. einer intensiven aufsuchenden hometreatment-artigen Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, nutzen sollte und nicht nur über die Risiken der Reform lamentieren sollte.

Meines Erachtens führt der Weg zum Jugendamt der Zukunft über die Zwischenentwicklungsstufe § 35 KJHG zur großen Lösung⁵⁴. Dies wird auch bedeuten, dass sich das Jugendamt der Zukunft in Bezug auf die Handlungskompetenzen radikal verändern wird, denn wenn es ein Amt für alle Kinder und Jugendlichen wird, wird es einerseits auch kompetent mit Jugendlichen mit körperlicher und geistiger Behinderung umgehen können müssen. Andererseits wird sich die Inanspruchnahmeklientel der Jugendhilfe verändern, weil bei diesen Behinderungsformen gut organisierte Betroffenengruppen, die ihre Rechte kennen und die im KJHG vorgesehene Teilhabe der Eltern bei der Hilfeplanung sehr viel stärker, vielleicht aggressiver mit anwaltlicher Unterstützung, wahrnehmen werden. Die oben erwähnten gerichtlichen Auseinandersetzungen bei Teilleistungsstörungen könnten hier ein Vorgeschmack für die Jugendhilfe sein. Dabei denke ich, dass dies zur allgemeinen Akzeptanz der Jugendhilfe, zur Transparenz der Arbeit, erheblich beitragen würde.

Fazit und Ausblick

Individuumszentrierte, komplexe Hilfen, deren Mischfinanzierung für die Betroffenen gar nicht zu merken ist, werden die Zukunft für schwer belastete Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen und diversen Hilfebedarfen sein.

Die heutige Analyse von Scheitererverläufen zeigt, dass das „Sich-heran-tasten“ von unten an die geeignete Hilfeform durch jeweils Abwarten, bis eine zu wenig intensive Hilfe scheitert oder ein Behandlungsansatz in einem anderen System abgebrochen wird, enorme zusätzliche Kosten und langfristige Problemverläufe schafft. Wir müssen die Frage „geeignet“ und „notwendig“ auch stärker betonen als die Frage: „Über wie viele Jahre wollen wir sukzessive immer mehr ausgeben und ist das Scheitern eine geringfügigeren Hilfe die einzige gute Begründung für die Gewährung einer fokussierten, aber teureren Maßnahme?“. Wiederholt wurde fachlich – z. B. auch in Bezug auf multisystemische Ansätze bei dissozialen Jugendlichen –, dass kurze, gezielte, aber intensive und teure Hilfen langfristig günstiger sind als eine Kette von gescheiterten Hilfen und letztendlich eine Exklusion in teuren, jahrelangen stationären Hilfen. Die Jugendhilfe sollte sich dazu durchringen, die **Wirkung** von Hilfen konsequent zu überprüfen. Meines Erachtens ist derzeit die Hürde vor der ersten Bewilligung einer Hilfe mitunter zu groß. Danach wird aber eine Hilfekaskade kaum überprüft und es gibt derzeit wenig bzw. keine Anreize für Hilfeanbieter, Hilfen zügig erfolgreich zu beenden. Eine systematische Effektivitätskontrolle besteht nicht. Wenn wir also unter dem Kostendruck immer wieder über die Reduktion teurer Hilfen reden, ist vielleicht die Vermeidungsstrategie am Anfang genau die Fal-

⁵⁴ vgl. Fegert 2010

sche. Aus gutem Grund hat der Gesetzgeber des KJHG die drohende seelische Behinderung mit der seelischen Behinderung gleichgesetzt und ist davon ausgegangen, dass das Kind nicht erst in den Brunnen gefallen sein muss, bis helfende Aktivitäten eine weitere negative Entwicklung und die soziale Ausgliederung bewirken.

Eine zweite Strategie, mit den finanziellen Engpässen und den steigenden Problemen adäquat umzugehen, würde für mich bedeuten, gerade bei den teuren stationären Hilfen, den stark belasteten Kindern auch Hilfen/Therapien aus anderen zuständigen Systemen, wie Krankenbehandlung, Psychotherapie etc., vor Ort zukommen zu lassen. Hier wurde mit § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz die Tür einen Spalt offen gelassen. Hier sind mutige Modellprojekte notwendig, die zeigen, dass a) solche kombinierten Unterstützungen aus einer Hand die Zahl von Beziehungsabbrüchen reduzieren können und b) letztendlich auch die Scheitererläufe und die Kosten reduziert werden können. Wenn wir in diesen komplizierten Fällen immer mehr parallele Doppelangebote, Einweisungen in Kliniken, Rückkehr in eine andere Jugendhilfeeinrichtung in Kauf nehmen, richten wir uns nach den angebotenen Maßnahmen und versuchen die Jugendlichen, die nirgendwo mehr hinpassen, für eine dieser Einrichtungen passend zu machen. Oft stimmen die Jugendlichen mit den Füßen ab, brechen, je mehr Scheitererfahrungen sie haben, Hilfeversuche immer wieder ab und kumulieren so eine Kette von Beziehungsabbrüchen. Hier müssen wir stärker zur individuell geeigneten Hilfe kommen und integrierte Komplexleistungen aus allen System anbieten, wollen wir nicht unsere Hilflosigkeit durch immer lauter Schrei nach geschlossenen Einrichtungen zum Ausdruck bringen.

In der Jugendhilfeplanung müssen wir uns davon verabschieden zu denken, dass wenigstens das Ausmaß der Probleme und das Ausmaß der Kosten durch den Geburtenrückgang sinken werden. Je weniger Kinder in Deutschland geboren werden, desto problematischer und belastender werden die Lebensumwelten von Kindern. Gute Familienpolitik und frühe Förderung sind eine Investition in die Zukunft. Dennoch werden die Kosten in absehbarer Zeit steigen. Die einzige Konsequenz kann nur effizienter Kosteneinsatz sein. Wir brauchen auch in Deutschland einen Übergang von gut gemeinter Hilfe, ohne Evaluation, zu gezielter, evidenzbasierter Intervention mit spezifischen Problemlagen.

Literatur

Albus, S., Greschke, H., Klingler, B., Messmer, H., Micheel, H.-., Otto, H.U. & Polutta, A. 2010, Wirkungsorientierte Jugendhilfe. Abschlussbericht des Bundesmodellprogramms "Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung durch wirkungsorientierte Ausgestaltung der Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsvereinbarungen nach §§ 78a ff SGB VIII. Wirkungsorientierte Jugendhilfe.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (ed) 2002, 11. Kinder- und Jugendbericht, Bonn.

Cicchetti, D. & Toth, S.L. 2000, Developmental processes in maltreated children, Nebraska Symposium on Motivation. Nebraska Symposium on Motivation, vol. 46, pp. 85-160.

Downey, G. & Coyne, J.C. 1990, Children of depressed parents: an integrative review., Psychol Bull, vol. 108, pp. 50-76.

Dt. Bundestag 2009, Unterrichtung durch die Bundesregierung Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht – und Stellungnahme der Bundesregierung, Dt. Bundestag (16.Wahlperiode).

Fegert, J. M., König, L., König, C., Seitz, A. & Spröber, N. 2010a, Erster Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zur telefonischen Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung Frau Dr. Bergmann zur Aufarbeitung des sexuellen Missbrauchs von Kindern, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, Ulm.

Fegert, J. M., König, L., Rassenhofer, M., Seitz, A. & Spröber, N. 2010b, Zweiter Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zur telefonischen Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Missbrauchs von Kindern Dr. Christine Bergmann, Bundesministerin a. D., Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, Ulm.

Fegert, J. M. 2010, Kinder und Jugendliche mit Behinderung - Über § 35 a SGB VIII zur "großen Lösung"?, Das Jugendamt - Sonderheft 20 Jahre KJHG, - Blick zurück nach vorn, pp. 13-15.

Fegert, J. M. & Kölch, M. 2010, Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 1. edn, Springer-Verlag, Berlin.

Fegert, J. M. 2007, Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen, Bundesgesundheitsblatt, vol. 50, no. 1, pp. 78-89.

Fegert, J. M. 2004, Der Beitrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Feststellung seelischer Behinderung und drohender seelischer Behinderung. In Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie, eds. J.M. Fegert & C. Schrappner, Juventa, Weinheim und München, pp. 209-222.

Fegert, J. M. 1999, Expertise 10. Jugendbericht Die Bedeutung der Eingliederungshilfe für die Integration seelisch behinderter Kinder unter besonderer Berücksichtigung der Kindperspektive. in Integration von Kindern mit Behinderungen, eds. J. M. Fegert & T. Frühauf, Verlag DJI + Leske u. Budrich, München + Opladen.

Fegert, J. M. 1994, Was ist seelische Behinderung? Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35 a KJHG, Votum Verlag, Münster.

Fegert, J. M. 1986, Zur Vorgeschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, , no. 14, pp. 126-144.

Fegert, J. M. & Besier, T. 2009, Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem, 1st edn, DJI - Deutsches Jugendinstitut e.V. Forschung über Kinder, Jugendliche und Familien, München.

Fegert, J. M., Kölch, M., Zito, M.J., Glaeske, G. & Janhsen, K. 2006, Antidepressant Use in Children and Adolescents in Germany, Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, vol. 16, no. 1/2 2006, pp. 197-206.

Fegert, J. M. & Schepker, R. 2009, Alle oder keiner? Zur Bedarfslage und den Zuständigkeiten für jugendliche Suchtkranke im Sozialrecht, Das Jugendamt, vol. 82, no. 2, pp. 60-67.

Fegert, J. M., Schepker, R., Keller, F., Ludolph, A. G., Plener, P., Williamson, A. E., Volmer-Berthele, N., Weninger, L. E. & Kapusta, N. D., 't Hart-Kerkhoffs, L. 2009, Preventing Later Substance Use Disorders In At-Risk Children and Adolescents a review of the theory and evidence base of indicated prevention, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, Portugal.

Fegert, J. M., Ziegenhain, U. & Fangerau, H. 2010, Problematische Kinderschutzverläufe - Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes, Juventa, Weinheim, München.

Glaeske, G., Schickanz, C. & Janhsen, K. 2008, GEK-Arzneimittel-Report 2008 Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2006 bis 2007, GEK - Gmünder ErsatzKasse Bereich Gesundheitsanalyse, Schwäbisch Gmünd.

Hebebrand, J., Lehmkuhl, G. & Warnke, A. 2009, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. Forschungsleistung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2003-2008, Hans Huber, Bern.

Kölch, M., Fegert, J. M., Bleich, S. & Schepker, R. 2010, Das neue Entgeltsystem: Chance und Herausforderung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie oder viel Lärm um nichts?, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, .

Kölch, M., Fegert, J. M. & Freyberger, H.J. 2009, Affektive Störungen in Adoleszenzpsychiatrie, eds. J.M. Fegert, A. Streeck-Fischer & H.J. Freyberger, Schattauer, Stuttgart, New York, pp. 261-277.

Kölch, M., Schielke, A., Becker, T., Fegert, J. M. & Schmid, M. 2008, Belastung Minderjähriger aus Sicht der psychisch kranken Eltern", Nervenheilkunde - Themenheft: Kinder psychisch kranker Eltern, vol. 27, no. 6, pp. 527-532.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2005, GRÜNBUCH - Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union.

Lempp, R. 1999, Seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe. §35a SGB VIII. Praxis der Jugendhilfe, Richard Boorberg Verlag, Stuttgart.

Lutz, K., Keller, F., Fegert, J. M., Bartelworth, C. & Stiller, K. 2006, Individuelle Erfassung pädagogischer Ziele und standardisierte Erhebung psychosozialer Belastung von Jugendlichen in pädagogischen Einrichtungen: Eine Machbarkeitsstudie zur Objektivierung der Hilfeplanung in elf stationären pädagogischen Einrichtungen des Christlichen Jugenddorfwerks (CJD), Wirkungen in den Erziehungshilfen, vol. 47, no. 3, pp. 76-92.

Lutz, K., Kleinrahm, R., Keller, F. & Fegert, J. M. 2008a, Standardisierung des Zielerreichungsprozesses durch pädagogische Zielerreichungsskalen und klinisch-psychologische Fragebögen, Das Jugendamt, vol. 07-08, pp. 347-352.

Lutz, K., Kleinrahm, R., Kölch, M., Fegert, J. M. & Keller, F. 2008b, "Entwicklung und psychometrische Eigenschaften von Zielerreichungsskalen zur Qualitäts- und Veränderungsmessung im pädagogischen Setting", Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, vol. 57, no. 4, pp. 282-300.

Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nölkel, P., Schaff, C., Scholz, M., Schmidt, M. H. & Remschmidt, H. 1998, An inventory for assessing the quality of life of children and adolescents- a pilot study, Z Kinder Jugendpsychiatrie/Psychother., vol. 26, no. (3), pp. 174-182.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. 1998, Therapieleitlinien und tatsächlich durchgeführte Behandlung. Eine empirische Untersuchung zur Bedeutung der diagnostischen Klassifikation für die Indikationsstellung in Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, eds. K. Schmeck, F. Poustka & H. Katschnig, Springer, Wien New York.

Middleton, H., Shaw, I., Hull, S. & Feder, G. 2005, NICE guidelines for the management of depression, BMJ, vol. 330, no. 7486.

- Miller, Y., Kuschel, A. & Hahlweg, K. 2002, Early prevention of externalizing disorders - basic principles and parent-centered approaches to prevention of expansive childhood, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, vol. 51, no. 6, pp. 441-453.
- Muehlenkamp, J. J. & Gutierrez, P.M. 2007, Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury, *Arch Suicide Res.*, vol. 11, no. 1, pp. 69-82.
- Münder, J., Muthke, B. & Schone, R. 2000, Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren, *Votum*, Münster.
- Petermann, F. 2000, *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*, 4th edn, Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen, Göttingen.
- Plener, P., Libal, G., Keller, F., Fegert, J.M. & Muehlenkamp, J.J. 2009, An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA, *Psychol Med*, vol. 39, no. 9, pp. 1549-1558.
- Pretis, M. & Dimova, A. 2003, Vergessene Kinder. Frühförderung bei Kinder psychisch kranker Eltern., *Frühförderung interdisziplinär*, vol. 22, pp. 166-174.
- Ravens-Sieberer, U. 2006, *Modul Psychische Gesundheit. Bella-Studie*, Robert-Koch-Institut, Berlin.
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H. & Poustka, F. 2009, *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV*, Huber, Bern.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. 1994, *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. rev. Aufl. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle.
- Schepker, R. 2010, Sicherungsverwahrung und Jugendliche - ein Widerspruch! Editorial., *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, vol. 38, no. 6, pp. 389-391.
- Schepker, R., Steinert, T., Jungmann, J., Bergmann, F. & Fegert, J. M. 2006a, "Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung", *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.*, vol. 10, no. 55, pp. 802-814.
- Schepker, R., Bovensmann, H., Buchard, F., Günter, M., Pfäfflin, F., Schmeck, K., Weissbeck, W. & Fegert, J.M. 2006b, Behandlungsstandards für jugendliche Sexualstraftäter - eine Synopse. In *Psychiatrische Begutachtung in Sexualstraßverfahren. Eine empirische Untersuchung von Gutachten zur Schuldfähigkeit bei jugendlichen, heranwachsenden und erwachsenen Beschuldigten in Mecklenburg-Vorpommern*, eds. J.M. Fegert, K. Schnoor, C. König & D. Schläfke, Centaurus, Herbolzheim, pp. 108.
- Schmid, M. 2007, *Psychische Gesundheit von Heimkindern - Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*, Juventa, Weinheim - München.
- Schmid, M. & Fegert, J.M. 2009, Themenheft Traumapädagogik II, Trauma und Gewalt, vol. 3, no. 2, pp. 89-176.
- Schmid, M. & Fegert, J.M. 2008, Themenheft Traumapädagogik I, Trauma und Gewalt, vol. 2, no. 4, pp. 257-349.
- Schmid, M., Fegert, J. M. & Petermann, F. 2010, Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*, vol. 19, no. 1, pp. 47-63.

Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J. & Fegert, J. M. 2008, Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions., *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (online journal www.capmh.com), vol. 2:2 (28 January 2008).

Schmidt, M., Schneider, K., Hohm, E., Pickartz, A., Macsenaere, M., Petermann, F., Flosdorf, P., Hölzl, H. & Knab, E. 2002, Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Schriftenreihe Band 219 des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Kohlhammer, Stuttgart.

Specht, F. 1992, Kinder- und Jugendpsychiatrie - wie, wo, für wen? Fragen der Versorgung und Versorgungsforschung, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, vol. 41, pp. 83-90.

Wang, A. & Goldschmidt, V. 1996, "Interviews with psychiatric inpatients about professional intervention with regard to their children.", *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, vol. 93, pp. 57-61.

Wiesner, R. 2006, SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar. Die Umfassende Kommentierung zu TAG und KICK, C. H. Beck, München.

Wittchen, H.-. 2000, "Met and unmet need for intervention in community cases with anxiety disorders" in *Unmet need in psychiatry: Problems, resources, responses*, eds. G. Andrews & S. Henderson, 1st edn, Cambridge University Press, New York, pp. 256-276.

Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2009, Themenheft: Lehre, Verlag Hans Huber, Bern.

Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A.K., Hofer, A., König, C. & Fegert, J. M. 2010, Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung - Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und Kinderschutz. Schriftenreihe des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen.

Es „knistert“ zwischen den Systemen: Wie sieht die Realität in der Kinder- und Jugendhilfe aus? Schlaglichter aus deutschen Jugendämtern

Vom Klient zum Patient und zurück? Kinder und Jugendliche in der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – verloren zwischen den Systemen?

THOMAS HARKENTHAL

Leiter des Jugendamtes Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin

Zum Erfahrungshintergrund

Das Land Berlin mit seinen 3,5 Millionen Einwohnern ist in 12 Stadtbezirke eingeteilt, jeder Verwaltungsbezirk hat ein eigenes Jugendamt. Im Stadtbezirk Friedrichshain-Kreuzberg leben 260.000 Einwohner, davon 47.000 im Alter von 0 und 21 Jahren.

Die Jugendamtsdirektoren haben sich auf verschiedene Aufgaben verständigt, die sie innerhalb des Landes Berlin zu erfüllen haben. Mein Aufgabenfeld sind Budgetierungssysteme, Planmengenverfahren und die Kosten-Leistungs-Rechnung. Der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg gibt 30 Millionen Euro pro Jahr für Hilfen zur Erziehung aus. Das Land Berlin insgesamt wird in diesem Jahr rund 420 Millionen Euro dafür ausgeben. Die Steigerungsraten liegen um die 10 Prozent, obwohl eine klare Zielsetzung vorgibt, die Ausgaben zu senken.

Unser Jugendamt ist in Bezug auf die Aufgabenstellung, die Größenordnung, die Ausgangssituation und die rechtliche Situation mit den anderen vergleichbar. Die Besonderheit besteht darin, dass es Träger des Kinder- und Jugendnotdienstes für die ganze Stadt Berlin ist. Das Berliner Notdienstsystem bezieht sich auf Kinder und Jugendliche, auch auf die, die auf der Straße leben, und hat drei Standorte. Es ist rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr in Betrieb. Die Zuführung an uns erfolgt häufig durch die Polizei, wenn sie Jugendliche aufgreift, oder durch Meldungen und durch Schulen. Dieses Notdienstsystem verfügt über die komplette Kompetenz eines Jugendamtes, d.h. auch bis zur Inobhutnahme in der Zeit werktags von 18 Uhr bis morgens um 8 Uhr und an den Wochenenden. Zu den üblichen Bürodienstzeiten sind die jeweils zuständigen Jugendämter verantwortlich.

Ich betone diesen Umstand, weil das Notdienstsystem in der Frage „Kinder und Jugendliche verloren zwischen den beiden Systemen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie?“ eine Schlüsselstellung einnimmt.

Vier Thesen zum Thema

- Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie haben es mit gleichen Problemlagen und Zielgruppen zu tun.
- Die Zahl von Kindern und Jugendlichen, die aufgrund des komplexen Hilfebedarfs Leistungen aus beiden Hilfesystemen benötigen, zunehmend auch gleichzeitig, steigt.

- Beide Systeme *m ü s s e n* miteinander kooperieren.
- Ungeklärte Finanzierungsfragen verhindern die Entwicklung von adäquaten Angeboten und Einrichtungen.

Wir verfügen in Berlin leider über keine belastbaren Zahlen dahingehend, wie hoch der Anteil der Kinder und Jugendlichen ist, die Leistungen aus beiden Hilfesystemen benötigen. Es gibt lediglich Schätzungen. Alle sind sich jedoch darüber einig, dass die Zahlen steigen und dass sie auch in der Komplexität steigen.

Unterschiede zwischen den Versorgungssystemen Jugendhilfe und Psychiatrie

Die beiden großen Versorgungssysteme unterscheiden sich in wesentlichen Punkten (**Abbildung 1**).

Unterschiede zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie	
Jugendhilfe	Psychiatrie
Erziehungsauftrag	Krankheitsbehandlung
Tendenziell langfristig	Tendenziell kurzfristig
Sozialpädagogischer Auftrag	Medizinischer Auftrag
Grundsätzlich freiwillig	Auch zwangsweise

Abbildung 1

© Thomas Harkenthal

Die Jugendhilfe hat einen Erziehungsauftrag, die Psychiatrie hat den Auftrag der Krankheitsbehandlung. Jugendhilfe ist in der Regel langfristig angelegt. Es gibt keine Hilfe zur Erziehung, die kurzfristig wirken kann. Die Psychiatrie ist nach meinem Verständnis tendenziell kurzfristig angelegt. Die Jugendhilfe hat einen sozialpädagogischen, die Psychiatrie einen medizinischen Auftrag. Die Jugendhilfe arbeitet grundsätzlich auf der Basis der Freiwilligkeit, die Psychiatrie mitunter zwangsweise.

Nach dieser Übersicht kann man zu dem Schluss kommen, dass diese Systeme nicht kompatibel sein können, weil sie zu unterschiedlich sind.

Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Anhand unseres Alltags werde ich darlegen, wie diese beiden Systeme grundsätzlich zusammenarbeiten (**Abbildung 2**).

Einige Kinder und Jugendliche, die sich bereits in Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung befinden, werden dort so auffällig, dass die Jugendhilfe dieses Verhalten allein nicht mehr erklären und bearbeiten kann. Sie braucht die Psychiatrie, damit diese Erklärungsmuster für das auffällige Verhalten gibt, die die Jugendhilfe wiederum für die weiteren Hilfen nutzen kann.

In manchen Situationen geht es nicht allein um die Diagnostik. Wenn Jugendliche über die Maßen „ausrasten“ und zu einer Gefahr für Betreuungspersonal und andere Jugendliche werden, wie wir es im Notdienst ab und zu erleben, ist natürlich die Psychiatrie verstärkt gefragt.

Eine weitere schwierige Situation stellt sich ein, wenn Jugendhilfeeinrichtungen von freien Trägern Jugendliche unvorbereitet aus der Einrichtung entlassen, weil sie mit dem Verhalten des Jugendlichen nicht mehr zurechtkommen und die weitere Verantwortung ablehnen. In manchen Fällen kann der Jugendliche zunächst in seine Familie zurückkehren. Ist das nicht möglich, landet dieser Jugendliche womöglich auf der Straße. Dann bringt die Polizei ihn nach einer Weile wieder in den Jugendnotdienst, der Jugendnotdienst muss wieder eine neue Einrichtung suchen. Gelingt das nicht oder sind die Verhaltensauffälligkeiten extrem hoch, nimmt der Jugendnotdienst Kontakt zur Psychiatrie auf und zum Teil werden diese Jugendlichen in die Psychiatrie eingewiesen.

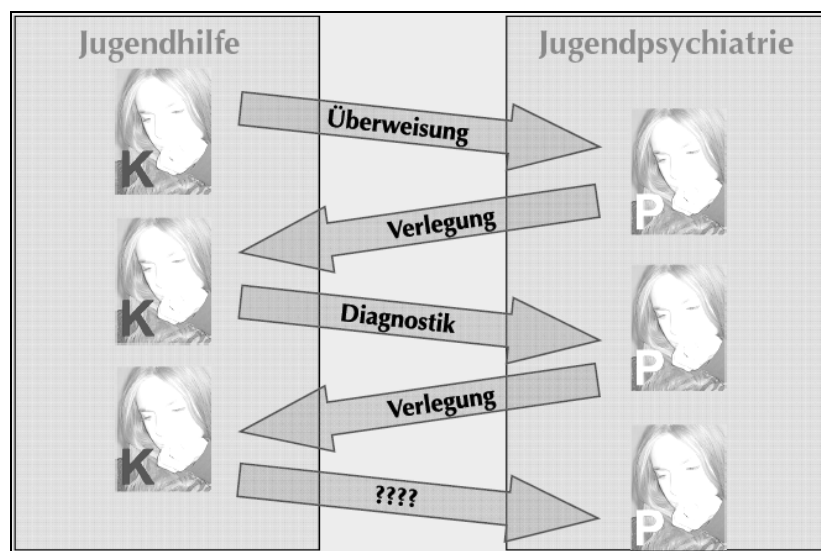


Abbildung 2

© Thomas Harkenthal

Hier gibt es eine Pendelbewegung zwischen beiden Systemen, weil beide Systeme für sich genommen – Jugendhilfe langfristig ohne psychiatrische Unterstützung und die Psychiatrie kurzfristig als Behandlung – nicht richtig ineinander greifen und miteinander kooperieren. All diejenigen, die in der Praxis der Jugendämter arbeiten, kennen die Situation, dass die Jugendlichen zwischen diesen beiden Systemen hin und her pendeln.

Wir brauchen daher dringend eine Kooperation zwischen den beiden Systemen oder zumindest eine Abstimmung.

Abstimmung in Kooperationsmodellen

In der Zwischenzeit existiert eine Reihe von Kooperationsverträgen, die genau regeln, dass sich Jugendhilfe und Psychiatrie miteinander fallbezogen verständigen. Das hängt jedoch von den regionalen Gegebenheiten ab. Sie brauchen zwei Hauptakteure, die das wirklich wollen. In Berlin haben wir die Erfahrung gemacht, dass sich die Kooperation mit der Psychiatrie etwas schwierig gestaltet, aber inzwischen funktioniert sie. Es müssen klare Verbindlichkeiten hergestellt werden, wie fallbezogen Übergänge zu organisieren sind (**Abbildung 3**).

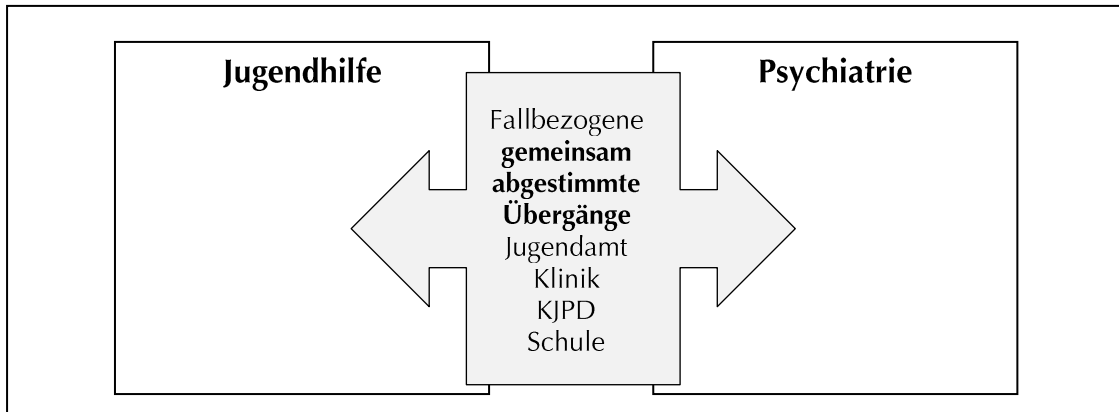


Abbildung 3

© Thomas Harkenthal

Zu dieser Kooperation gehören auch der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst in den einzelnen Stadtbezirken und die Schule.

Modelle zur Schaffung eines verbesserten Angebots

Wie kann man nun mit dem Mangel an adäquaten Einrichtungen umgehen? Hierzu gibt es ein Idealmodell (**Abbildung 4**).

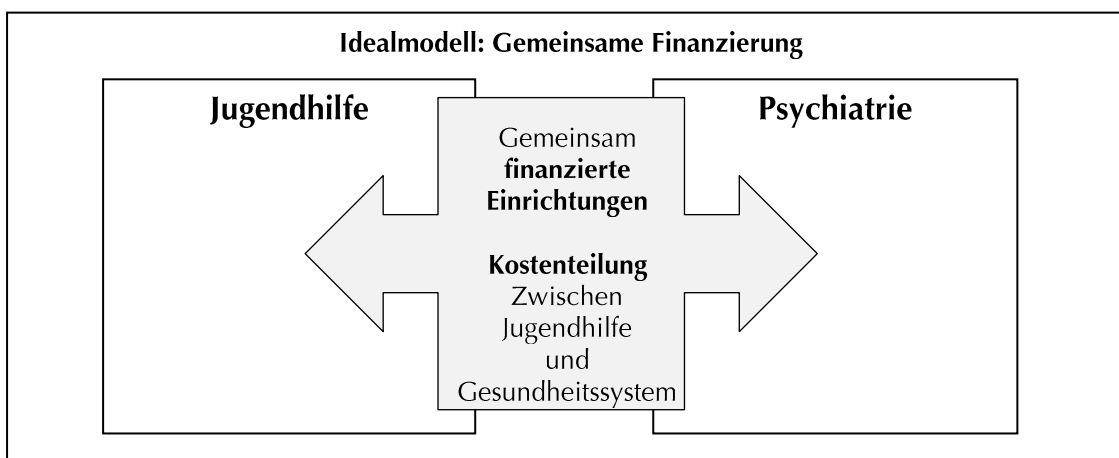


Abbildung 4

© Thomas Harkenthal

Das Idealmodell bedeutet, dass beide Systeme die Einrichtungen gemeinsam finanzieren: Sozialpädagogische Jugendhilfeeinrichtung, ergänzt durch psychiatrische Angebote. Hier würde es eine Kostenteilung zwischen den beiden Systemen geben. Alle politischen Ebenen befürworten zunächst das Modell, aber in konkreten Verhandlungen kommt es nach meiner Erfahrung nicht zustande. Daher nenne ich es auch ein Idealmodell, das weit von der Wirklichkeit entfernt ist.

Die Alternative ist für mich ein Realmodell, das den Ausbau eines Systems bedeutet. Das könnte die Jugendhilfe sein, ergänzt um klinisch ausgerichtete Jugendhilfeeinrichtungen, oder die Psychiatrie, ergänzt durch sozialpädagogische Elemente (**Abbildung 5**).

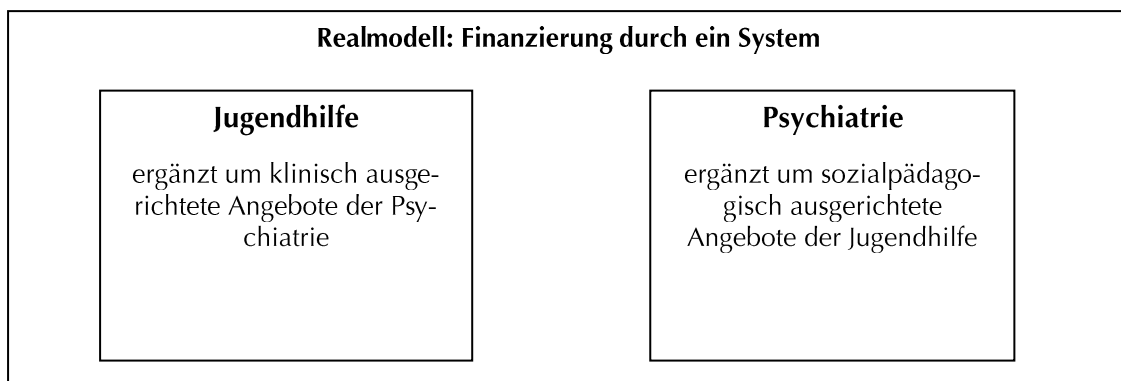


Abbildung 5

© Thomas Harkenthal

Erfahrungsgemäß ist die Jugendhilfe relativ innovationsfreudig. Möglicherweise wäre das die Variante, die schneller verwirklicht werden könnte. Dies ist aber auf einer hohen politischen Ebene zu klären und kann nicht innerhalb von Bezirken und auch nicht innerhalb der Stadt geklärt werden. Es besteht jedoch ein hoher Bedarf, so ein Modell umzusetzen.

Fazit

- Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie haben es nach wie vor mit gleichen Problemlagen und Zielgruppen zu tun.
- Wir verzeichnen eine steigende Zahl von Kindern und Jugendlichen, die aufgrund des komplexen Hilfebedarfs Leistungen aus beiden Hilfesystemen benötigen.
- Jedes System hat eine eigene Aufgabenstellung und dabei wird es bleiben.
- Beide Systeme *müssen* miteinander kooperieren.
- Die Entwicklung neuer integrierter Angebote/Einrichtungen ist dringend erforderlich.
- Hindernis: Ungeklärte Finanzierungsfragen verhindern die Entwicklung entsprechender Einrichtungen, dies insbesondere unter einem hohen Finanzdruck in beiden Systemen.

Vielen Dank für's Zuhören.

Es „knistert“ zwischen den Systemen: Wie sieht die Realität in der Kinder- und Jugendhilfe aus? Schlaglichter aus deutschen Jugendämtern

Die Praxis in Karlsruhe

DR. SUSANNE HEYDEN

Leiterin des Stadtjugendamtes Karlsruhe

1. Einleitung

Karlsruhe ist eine Stadt mit 300.000 Einwohner/innen. Sie verfügt über eine Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Tagesklinik. Bis August 2011 soll ein Neubau mit 32 vollstationären Betten sowie 12 tagesstationären Plätzen zur Verfügung stehen. Darüber hinaus zeichnet sich die Stadt durch eine relativ gute Vernetzung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen und innovative Projekte in der Jugendhilfe aus, wie z. B. zwei ambulante Jugendhilfemaßnahmen für weibliche und männliche straffällige Jugendliche (Luzie und B.I.N.G.O in Trägerschaft der AWO).

Eine strukturelle Besonderheit im Hinblick auf die Frage nach dem „Knistern“ zwischen den Systemen ist der Umstand, dass sich in Karlsruhe die Landesaufnahmestelle für Flüchtlinge befindet und minderjährige unbegleitete Flüchtlinge in Obhut genommen werden. Unter den jährlich etwa 100 Kindern und Jugendlichen befinden sich auch traumatisierte und psychisch kranke junge Menschen. In Krisen arbeiten wir sehr eng mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammen, wenn das Inobhutnahmesystem die Belastungen der Mädchen und Jungen allein nicht auffangen kann.

2. Ausgangslage

Auch in Karlsruhe sind Familien und vor allem Familien Alleinerziehender von sozialer Benachteiligung und Armut betroffen.¹ Im Zusammenhang hiermit steht der deutschlandweite Trend, dass in die stationäre Jugendhilfe vor allem Kinder von Alleinerziehenden und von neu zusammengesetzten Familien aufgenommen werden. Unter ihnen befinden sich auch stark belastete Mädchen und Jungen, die einen Bedarf an psychiatrischer Behandlung aufweisen.

Zudem ist aufgrund der Veränderung der Lebenslagen von Familien ein Rückgang ihrer Ressourcen zu verzeichnen. Die Möglichkeiten von Müttern, hohen familiären Anforderungen alleine gerecht zu werden, stoßen an Grenzen, je mehr finanzielle und berufliche Zwänge zunehmen. Dies hat nicht nur Auswirkungen auf Kinder mit körperlicher und geistiger Behinderung, sondern auch auf Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen sowie Kinder nach Trennung und Scheidung der Eltern.

Kinder und Jugendliche wachsen unter öffentlicher Beobachtung auf: Es gibt derzeit eine hohe Sensibilität, aber auch Skandalisierungsbereitschaft bei Themen wie unzureichende

¹ Datenreport 2008, Statistisches Bundesamt: Armutsquote Kinder/Jugendlichen bis 17 Jahre: 16,5%, vor allem: Einelternfamilien und Migrationshintergrund

Integration von Kindern und Jugendlichen (insbesondere mit so genanntem Migrationshintergrund), Kindeswohlgefährdung, Jugendkriminalität (vor allem Gewalt im öffentlichen Raum, sexuelle Aggression im Jugendalter, Amok) und sexueller Missbrauch in Institutionen. Erwartungen an das Familiensystem, vor allem an die Mütter, sowie an außerfamiliäre Systeme wie Schule und Jugendhilfe, Gefährdungen entgegenzuwirken, sind entsprechend hoch. Dies betrifft nicht nur Ausbau und fachliche Weiterentwicklung von Frühen Hilfen und Kindertageseinrichtungen, sondern auch die Hilfen zur Erziehung.

Dabei werden das familiäre und professionelle Handeln nicht nur vom Bedarf betroffener Familien, von wissenschaftlichen Erkenntnissen und demokratischen Prozessen, gelenkt, sondern auch durch eine Berichterstattung in den Medien, die sich an Quoten ausrichtet und deren Qualität zum Teil fraglich ist. Das gilt vor allem, wenn skandalträchtige Ereignisse, an denen Kinder und Jugendliche entweder als ‚Opfer‘ oder als ‚Täter‘ beteiligt sind, undifferenziert in den Vordergrund gestellt werden.

Kinder und Jugendliche wachsen nicht nur in familiärer, sondern auch in breiter öffentlicher Verantwortung auf. In der Frage des „Knisterns“ zwischen den Systemen sind demzufolge nicht nur der Allgemeine Soziale Dienst und die Kinder- und Jugendpsychiatrie angesprochen. Abstimmungsprobleme berühren auch andere Bereiche der Jugendhilfe, wie die Wirtschaftliche Jugendhilfe, wenn z. B. finanzielle oder rechtliche Fragen unter Zeitdruck geklärt werden müssen, Pflegekinderdienste oder die Jugendgerichtshilfe.

Aber auch die Eingliederungshilfe nach SGB XII und Krankenkassen, freie Träger, Polizei, Familiengericht und vor allem die Schulen übernehmen wichtige Funktionen im Hilfeprozess. Chancen, aber auch Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit ergeben sich aus verschiedenen Erklärungsmodellen und fachlichen Ausrichtungen, Rechtsgrundlagen, Sprachcodes und Kulturen.

3. Aktuelle Entwicklungen

Die Problemlagen der Kinder, Jugendlichen und Eltern, die in der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe im Vordergrund stehen, sind Selbst- und Fremdgefährdung, Sexuelle Aggression und Gewalt im Kindes- und Jugendalter, Mehrfachbehinderung von Kindern und psychische Erkrankung der Eltern. Im Bereich der **psychischen Erkrankung von Eltern** arbeiten wir seit langem an der Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie, um nötige Hilfen besser installieren zu können.

Bei der Frage nach besonderen **Problemen aus Sicht der verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe** werden in Karlsruhe von den Fachleuten aus Gesundheitswesen und Jugendhilfe vor allem folgende Punkte in Bezug auf die obigen Problemlagen genannt:

- Unbefriedigende oder ‚unzureichende‘ Diagnostik: Es gibt ein großes Bedürfnis nach befriedigenden Diagnosen und Erklärungsmodellen, aus denen sich erfolgreiche Maßnahmen ableiten lassen;
- Fehlende Angebote (Rückgang der Auslandsjugendhilfen) verbunden mit Abbruch von Jugendhilfen, Ab- und Weiterverweisungen;

- Zeitdruck und Stress bei allen Beteiligten (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Polizei, Jugendhilfeeinrichtung und vor allem beim Sozialen Dienst);
- Hoher Verwaltungsaufwand aufgrund von Modularisierung und Individualisierung von Hilfen zur Erziehung;
- Grenzen des Machbaren: Überschätzung und Überforderung der Jugendlichen, Eltern und Professionellen sowie Unterschätzung zwischenmenschlicher Dynamiken in Familien und Jugendhilfeeinrichtungen.

Ich habe den Eindruck, dass sich vor allem kleine Träger den besonders belasteten Mädchen und Jungen zuwenden und flexible Hilfen anbieten, es aber insgesamt an Konzepten für langfristige Hilfeprozesse auch über schwere Krisen und wechselnde Träger hinweg fehlt. Unter Umständen entstehen Ketten von problematischen und abgebrochenen Jugendhilfen und Psychiatrieaufenthalten bis hin zum Strafvollzug. Darüber hinaus fehlt es an gezielter Evaluation dieser Prozesse zur Verbesserung vorhandener Strukturen.

Eine große Herausforderung bedeutet die **Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung**. Die UN-Konvention über die „Rechte von Menschen mit Behinderung“, die Deutschland im Februar 2009 ratifiziert hat, zeigt ebenso wie der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung einen grundlegenden Perspektivwechsel im Zusammenleben von Menschen mit und ohne Behinderung auf. Zwar haben die Kommunen wenig Einfluss auf das Bildungssystem, wohl aber auf die Qualität der Kindertageseinrichtungen, der Schulkindbetreuung und der Bildungs- und Sozialräume. Dabei wird es in Zukunft vor allem um die schwierige Inklusion von verhaltensauffälligen und psychisch kranken sowie mehrfach behinderten Kindern und Jugendlichen, die Entwicklung entsprechender ambulanter Hilfen sowie um die Sensibilisierung der ‚Mehrheitsgesellschaft‘ für die Inklusion gehen.

4. Ansätze für eine verbesserte Praxis

Zur Verbesserung unserer Praxis hat der Soziale Dienst in Karlsruhe eine **Kooperationsvereinbarung mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie** geschlossen. Diese Vereinbarung ist gerade schriftlich niedergelegt worden. Wichtige Inhalte sind:

- Die Fallzuständigen arbeiten in Einzelfällen zusammen.
- Es gibt ein erweitertes Beratungsteam bei unterschiedlichen Einschätzungen sowie übergeordnete Kooperationsebenen: Arbeitskreis § 35a SGB VIII, Heimkontaktausschuss, AK § 78a-g SGB VIII, Gemeindepsychiatrisches Forum.
- Ein- bis zweimal jährlich tagt ein Qualitätszirkel zu folgenden Inhalten: Reflexion von Fallverläufen, Weiterentwicklung der Zusammenarbeit und Intensivierung der Kenntnisse über die jeweils andere Institution.

Die aktuellen darüber hinausgehenden konzeptionellen Überlegungen umfassen unter anderem folgende Ansätze:

- Integration von psychiatrischer Fachkompetenz in Jugendhilfeeinrichtungen und gegenseitige kollegiale Beratung,

- Trägerübergreifendes Budget, Mischfinanzierung der Hilfen (z. B. Balance, Beratungs- und Orientierungsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern des Universitätsklinikums Heidelberg): Krankenkasse, Jugendhilfe, Rentenversicherung,
- Entwicklung spezialisierter, interdisziplinärer und aufsuchender Einrichtungen und Dienste,
- Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und sozialpsychiatrischen Diensten und Versorgungspraxen, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie,
- Durchführung interdisziplinärer Qualitätszirkel mit allen Systemen im Sinne einer Clearingstelle.

Im Einzelfall durchgeführte systematische **Analysen von Fallverläufen**, z. B. ausgehend von Jugendgerichtshilfefällen, könnten Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Praxis aufdecken (s. auch die Hallenser Gewaltstudie²). Nach einer ersten Aktensicht und Diskussion mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Jugendgerichtshilfe in Fällen von schweren Körperverletzungen und Tötungsdelikten scheinen folgende Faktoren eine Rolle zu spielen:

- Biographische Belastungen wie elterliche Misshandlung, aber auch häusliche Gewalt des Vaters gegenüber der Mutter,
- unzureichende spezifische Qualifikation von Mitarbeitenden in Jugendhilfeeinrichtungen,
- wiederholter Einrichtungs- und Beziehungswechsel.

Zum Schluss möchte ich noch einen Bogen schlagen zu **frühzeitigen und interdisziplinäre Hilfen**, die schon bei Eltern mit kleinen Kindern und vor allem bei belasteten Eltern ansetzen. Dazu gehören unter anderem der qualitative Ausbau der Frühen Hilfen (in Karlsruhe unter dem Begriff „Frühe Prävention“) mit Gruppenangeboten für jugendliche Eltern und SAFE-Kursen, die Unterstützung von Kindertageseinrichtungen durch einen heilpädagogischen Fachdienst sowie die Integration von verschiedenen präventiven Ansätzen (Vernachlässigung, Misshandlung, häusliche Gewalt, sexueller Missbrauch, soziale Benachteiligung) in einem Kinderschutzkonzept anbieten.

In Karlsruhe gibt es eine lange Tradition gemeinsamer **Qualifizierung** durch kommunale Veranstaltungen zu aktuellen Themen. Zusammen mit den freien und öffentlichen Trägern der Jugendhilfe wird im April 2011 eine Tagung stattfinden zum Thema „Qualitätsentwicklung für Hilfen“ nach § 27 ff SGB VIII, unter anderem mit Arbeitsgruppen zum Krisenmanagement, zu sexuellem Missbrauch in Institutionen und Partizipation im Hilfeplanverfahren.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

² <http://www.thueringen.de/de/lsgp/schwerpunktbereiche/spb3/hallenser/content.html>
<http://www.kriminalpraevention.de/wissen-gegen-gewalt/themenpfade/gewalt-und-hasskriminalitaet/hallenser-gewaltstudie.html> (12.01.2011)

Es „knistert“ zwischen den Systemen: Wie sieht die Realität in der Kinder- und Jugendhilfe aus? Schlaglichter aus deutschen Jugendämtern

Die Praxis in Duisburg

THOMAS KRÜTZBERG

Leiter des Stadtjugendamtes Duisburg

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn man im Vortrag von Herrn Fegert gehört hat, dass 5 Prozent der Jugendlichen unter 18 Jahren einmal der Aufnahme in einer stationären Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedürfen, sind wir in Duisburg mit unseren 25 Plätzen für 5.000 Kinder bei weitem nicht ausreichend versorgt. In umliegenden Kommunen können weitere wenige Plätze zur Verfügung gestellt werden.

Um in dieser Situation einer Unterversorgung dennoch für die betroffenen jungen Menschen eine bestmögliche Behandlungssituation zu schaffen, und das gilt für die Akut-, wie für die Nachbehandlung, ist es erforderlich, dass beide Seiten, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe, Kooperationsstrukturen erarbeiten.

Im Jahr 2002 haben wir uns in Duisburg auf den Weg in die Netzwerkarbeit und der Sozialraumorientierung begeben und haben dabei auch die Kooperationspartner im Gesundheitsbereich mit ins Boot geholt. Wir konnten sehr gute Kooperationsstrukturen aufbauen, ausgehend aus einem früheren Netzwerk „Kinder psychisch kranker Eltern“. Dieser Bereich stellte für uns in Duisburg ein besonderes Problem dar, weil zwar die Entwicklung der Einwohnerzahlen zurückgeht, sich aber die Anzahl der Hilfen zur Erziehung nach oben bewegt. In Duisburg hatten wir einen Hype bis vor fünf Jahren, jetzt verzeichnen wir eine jährliche moderate Steigerung von 1 bis 2 Prozent. Die Ursachen sind jedoch gleich. Duisburg ist seit langen Jahren Haushaltssicherungskommune und insbesondere der Norden von Duisburg ist sozial schwach aufgestellt. Daher besteht hier ein hoher Bedarf an Unterstützungsleistungen der Jugendhilfe für viele Familiensysteme, auch an Hilfen zur Erziehung, und es gibt viele psychisch belastete Eltern, die ein großes Problem für ihre Kinder darstellen.

Mit unserem Netzwerk haben wir in diesem Bereich erfolgreich gearbeitet, so dass sich zwangsläufig die Frage stellte, ob wir uns nicht langsam auch in die Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie begeben sollten, um psychisch kranken oder belasteten Kindern und Jugendliche weitere Hilfen anbieten zu können.

Inzwischen haben wir ein sehr gut funktionierendes System. Seit einigen Jahren führen wir sehr intensive Kooperationsgespräche. Wir sind mit allen ASD-Kollegen in die Kliniken gegangen, die Ärzte aus der psychiatrischen Kinder- und Jugendabteilung der Wedau-Kliniken waren bei uns in den Dienstbesprechungen. Wir haben uns in unserer Professionalität auf Augenhöhe getroffen. Wir wissen nun jeder, wo das Problem liegt. Der eine sagt, ein Jugendlicher ist gewalttätig, weil die Eltern versagt haben, und wir sagen, der ist gewalttätig, weil er psychisch krank ist. Es ist sehr wichtig, dass die Kooperation nicht allein auf Sympathie und persönlicher Absprache aufbaut, denn bei Kollegen-

wechsel würde die Kooperation sonst auf der Strecke bleiben. Man muss die Kooperation institutionalisieren.

Unsere Kooperationsvereinbarungen haben wir zum Teil auch von anderen Kommunen abgeschaut. Wir sind außerdem in ein Qualitätsnetzwerk auf Landesebene im Landschaftsverband Rheinland eingebunden.

Aus meiner Sicht kommt es darauf an, dass man sich kennt und seine Professionalität miteinander austauscht, aber man darf nicht davon ausgehen, dass sich davon die Probleme lösen. In der Jugendhilfe wird ebenso wenig der Tag rosig beginnen und rosig enden wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Denn auch durch beste Kooperationsstrukturen wird das Problem der Unterversorgung mit Behandlungsplätzen eben so wenig gelöst, wie die Überforderung in der Jugendhilfe durch steigende Arbeitsbelastungen: Aber es hilft ungemein, wenn klare Regeln vereinbart sind, das klammert zeitaufwändige Diskussionen im Einzelfall aus.

Ich kenne die unterschiedlichen Meinungen zu der Frage, ob es Jugendhilfeeinrichtungen speziell für den Personenkreis der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen geben soll: Ich befürworte dies. Und wir haben in Duisburg vor wenigen Jahren eine solche Einrichtung installiert: Wir haben einen sehr starken freien Träger an unserer Seite, das ist der Regenbogen e.V., der eine sehr gute Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie leistet und flächendeckend stationäre Einrichtungen in Duisburg aufgebaut hat. Wir sind mit diesem ins Gespräch gekommen, weil er die Kinder und Jugendlichen, die aus einer stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Wedau-Kliniken entlassen worden sind, mit Geldern der Stiftung „Aktion Mensch“ ein Jahr lang mit ambulanten Hilfen begleitet hat. Wir als Jugendhilfe haben das Projekt über diese Stiftung ein weiteres Jahr weiter finanziert. Wir merkten aber, dass diese ambulante Betreuung in vielen Fällen nicht ausreicht und eine hohe Rückfallquote besteht.

Daher haben wir gemeinsam mit diesem Träger ein Konzept entwickelt, wie man eine Wohneinrichtung für von stationärer Behandlung betroffene Kinder und Jugendliche aufbauen kann. Das ist uns gelungen und die Einrichtung arbeitet mit außergewöhnlich gutem Erfolg, was die geringe Zahl der „Rückkehrquoten“ beweist.

Die Jugendhilfe kann die Probleme der erzieherischen Hilfen von Eltern ebenso wenig alleine lösen wie die der steigenden Psychose von vielen Kindern. Es ist ein gesamtgesellschaftliches Problem, das gesamtgesellschaftlich angegangen werden muss. Der, der früher beim Stahlkonzern Thyssen nicht mehr arbeiten konnte, weil er die harte körperliche Arbeit nicht mehr leisten konnte, der durfte wenigstens noch den Hof fegen, im Lager arbeiten oder in der Pförtnerloge sitzen und hatte somit noch den Kontakt zu seinen Kollegen und war noch immer Teil der Belegschaft und damit Teil des Systems. Heute wird der, der nicht mehr am Band stehen kann, sofort aussortiert. Vielen jungen Menschen gelingt heute nicht mehr der Schritt in das Berufsleben, ein Jahrzehnte langes Leben abhängig von Transferleistungen ist heute kein Ausnahmefall mehr. Dies sind Belastungen, die dazu führen können, dass Eltern nicht mehr in der Lage sind, ihre Kinder gedeihlich aufwachsen zu lassen. Das ist ein gesamtgesellschaftliches Problem, wir sind dabei „nur“ Helfer. Aber wir können auf viele Systeme zurückgreifen, mit denen wir helfen können. Und wenn es uns gelingt, diese Systeme funktional zu verbinden, ist dies eine wichtige Hilfestellung für Kinder, Jugendliche und Familien, die in Notsituationen sind und denen

ein gut aufgestelltes Helfersystem zur Seite stehen soll. Dies gilt heute mehr denn je auch für eine funktionierende Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe, die aus meiner Sicht in Duisburg sehr gut funktioniert und die ich Ihnen hier kurz vorstellen durfte.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und Ihre Geduld.

Es „knistert“ zwischen den Systemen: Wie sieht die Realität in der Kinder- und Jugendhilfe aus? Schlaglichter aus deutschen Jugendämtern

Die Praxis im Landkreis Ostvorpommern

IRENE PAUL

Jugendamtsleiterin, Landkreis Ostvorpommern, Anklam

Sehr geehrte Damen und Herren,

dass ich heute hier aktiv an dieser Tagung teilnehmen kann, freut mich sehr, denn das Thema begleitet mich in den 20 Jahren meiner Amtsleitertätigkeit immer wieder.

Meinen Praxisbericht werde ich wie folgt gliedern:

1. Wie alles begann ...
2. Wo knistert es zwischen den Systemen?
3. Was haben wir erreicht?
4. Ausblick

1. Wie alles begann ...

Nachdem 1990 mit viel Elan in den neuen Bundesländern eine Jugendhilfelandchaft aufgebaut wurde, zeigte sich schon bald, dass wir mit den vorhandenen Hilfen bei einigen Kindern und Jugendlichen an unsere Grenzen stießen und daher nach geschlossenen Einrichtungen riefen bzw. uns hilfesuchend an die Kinder- und Jugendpsychiatrie wandten. Sowohl die Amtsleiter in ihrer Arbeitsgemeinschaft als auch Landesarbeitsgruppen befassten sich mit dieser Thematik. Verstärkt wurde dies noch mit Einführung des § 35 a SGB VIII.

Es wurde recht bald deutlich, dass das Land Mecklenburg-Vorpommern geschlossene Jugendhilfeeinrichtungen ablehnte und auch den Gedanken an interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie nur schwer zuließ. Es war von Abgrenzung die Rede, von Psychiatisierung in der Jugendhilfe, von der Stigmatisierung der Kinder und Jugendlichen – kurz: Es wurde mehr Abgrenzendes als Verbindendes benannt und es war noch ein weiter Weg bis hin zu dem Selbstverständnis, dass man gemeinsam eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe hatte.

In der Praxis vor Ort hingegen nahmen die Probleme zu – wenn man den Klienten helfen wollte, musste man sich gedanklich umorientieren:

- Nicht: was alles nicht geht, sondern: was geht.
- Nicht Abgrenzendes, sondern Verbindendes musste thematisiert werden, um in der täglichen Arbeit Erfolg erzielen zu können.

So begann sich in den Landkreisen und kreisfreien Städten des Landes Mecklenburg-Vorpommern eine sehr unterschiedliche – immer auch von den jeweiligen Menschen abhängige – Zusammenarbeit zu entwickeln.

2. Wo knistert es zwischen den Systemen?

Die Anfänge waren nicht leicht. Wurden Kinder und Jugendliche vor Kontakt mit der Jugendhilfe in psychiatrischen Kliniken betreut und der dortige Sozialdienst machte Eltern und Kindern/Jugendlichen Vorschläge, ganz bestimmte Hilfen zur Erziehung in Anspruch zu nehmen, benannte gar noch die Einrichtung, die ihnen als die Geeignete erschien, gab es den großen Aufschrei in der Jugendhilfe, dass hier Kompetenzen überschritten wurden, die Arbeit mit der Familie erschwert wurde und es oftmals kaum möglich war, noch gemeinsam die geeignete und notwendige Hilfe umzusetzen. – Eine berechtigte Kritik!

Oder: Ein Kind/Jugendlicher wurde in einer Einrichtung der Jugendhilfe betreut bzw. es waren ambulante Hilfen installiert. Im Alltag entstand eine Krise und das Kind/der Jugendliche wurde in die Psychiatrie eingewiesen. Dann atmete Jugendhilfe auf und widmete sich dem Tagesgeschehen, ohne das Kind/den Jugendlichen ausreichend in diesem Prozess zu begleiten. – Das wurde seitens der Psychiatrie kritisiert. Mit Recht!

Leitung war gefragt, hier nach Lösungen zu suchen. Es wurde eine Arbeitsgruppe zum § 35a SGB VIII gebildet, der Mitarbeiter des Gesundheits-, Sozial- und Jugendamtes sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie angehörten.

Und siehe da, es knisterte nicht nur zwischen den Systemen der Kinder- und Jugendhilfe, sondern auch innerhalb der Ämter einer Kreisverwaltung. Es ging vorwiegend ums Geld, wenn Zuständigkeiten möglichst dem jeweils anderen Amt zugewiesen wurden und die eigentliche Fallbesprechung oft zu kurz kam. Aber mit der Zeit änderten sich Einstellungen und auch Stellen wurden anders besetzt und langsam veränderte sich etwas im Denken.

Besonders wichtig ist es, die in der praktischen Arbeit regelmäßig auftretenden Irritationen beider Systeme klar zu regeln. Dabei stelle ich immer wieder fest, dass es schwierig ist, aus Fehlern zu lernen bzw. diese auch klar zu benennen, um die Qualität der Arbeit zu verbessern. Oft folgt ein Erklärungs- oder Rechtfertigungsgespräch, was nicht zur Klärung, sondern zur Verhärtung der Fronten führt. Hier muss sensibel und fachlich präzise gesteuert werden, damit man aus Fehlern lernen kann und sie nicht als bloße Kritik versteht.

Auch kommt es natürlich in der Praxis vor, dass die Sichtweisen sehr unterschiedlich sind und demzufolge auch Perspektiven anders gesehen werden. Hier bedarf es der ausschließlich fachlichen Analyse und Betrachtung des gesamten Familiensystems, um gemeinsam eine Lösung zu finden, die von der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie getragen wird und es möglich macht, gemeinsame Hilfesettings zu entwickeln. Dabei ist es selbstverständlich, Eltern, Kinder bzw. Jugendliche einzubeziehen und Regeln und Formen der Zusammenarbeit zu vereinbaren. Voraussetzung – und theoretisch weiß es jeder – ist dabei ein respektvoller Umgang mit den Klienten und ein Orientieren an seinen Wünschen.

Das ist sprichwörtlich das Leichte, was schwer zu machen ist.

3. Was haben wir erreicht?

Gemeinsam wurde eine Handlungsrichtlinie erarbeitet, die allen Beteiligten der Kreisverwaltung und den beiden Psychiatrien, die einen Versorgungsauftrag für den Landkreis haben, zur Verfügung gestellt wurde, die „Dienstvereinbarung § 35a“.

Ein weiterer Schritt war die Arbeit des Jugendamtes mit den freien Trägern der Jugendhilfe. Jährlich gibt es Zielvereinbarungsgespräche, die inhaltliche Schwerpunkte der Zusammenarbeit für das kommende Jahr vereinbaren und das Ziel haben, fachliche Standards weiterzuentwickeln.

Hier wurde u.a. vereinbart, dass erst § 35a-Einrichtungen, später dann auch § 34-Einrichtungen Kooperationsvereinbarungen mit der jeweiligen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik abschließen und somit Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit geschaffen werden. Dabei sind Hauptzielgruppe Kinder und Jugendliche mit komplexen Hilfebedarfen und in akuten Krisensituationen.

Für beide Systeme nachlesbar wurden die rechtlichen Grundlagen definiert, es gibt Aussagen zum Datenschutz und Orientierungen für die Zusammenarbeit im Einzelfall, aber auch fallübergreifend.

Zweck der Kooperationsvereinbarungen ist es, die gemeinsame Aufgabe abgestimmt zu bearbeiten und somit Kinder und Jugendliche im Entwicklungsprozess zu begleiten, Risikofaktoren zu erkennen und sie zu benennen und durch ein System von abgestimmten Maßnahmen der Gesundung und der Integration der Kinder und Jugendlichen in Regelsysteme zu dienen.

Als besonders wichtig hat sich herauskristallisiert, dass Zuständigkeiten klar definiert, die fachliche Autonomie der Professionen anerkannt werden und der offene kollegiale Dialog beschrieben wird. Der Austausch von Namen, Telefonnummern und Mailadressen erleichtert in hohem Maße die tägliche Arbeit und ermöglicht einen kurzen Weg der Kommunikation.

Auch hat es sich bewährt, dass die eigenen Arbeitsmethoden dem jeweilig anderem System dargestellt und transparent gemacht werden, um so Verständnis füreinander zu entwickeln und das Ausschöpfen aller Möglichkeiten aus beiden Systemen zu ermöglichen.

Unerlässlich sind gemeinsame Weiterbildungen. Das erfolgt bei uns auf verschiedenen Ebenen. Beide Psychiatrien laden mehrmals jährlich zu Fachvorträgen ein, die Berührungspunkte zur Jugendhilfe benennen bzw. Krankheitsbilder beschreiben. Desgleichen veranstalten freie Träger der Jugendhilfe Tagungen, auf denen interdisziplinäre Themen besprochen werden und Psychiatrie-Kollegen als Referenten und Gäste dazu geladen werden.

Innerhalb des Jugendamtes gibt es vierteljährliche Treffen des Sozialen Dienstes mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, um Fachthemen zu besprechen bzw. auch Einzelfälle zu thematisieren.

Aber auch strukturelle Veränderungen beider Systeme wurden im Laufe der Zeit vorgenommen, um noch effizienter arbeiten zu können. So hat sich in der Kreisstadt eine Institutsambulanz etabliert, was für die Klienten und die Mitarbeiter des Jugendamtes kurze Wege und zeitnahe Absprachen zum Einzelfall ermöglichen.

Weiterhin wurde in der nahe gelegenen kreisfreien Stadt eine Tagesklinik für Kinder und Jugendliche eröffnet, die ganz engmaschig und kontinuierlich mit dem Jugendamt zusammenarbeitet. An einer Klinik hat sich eine Jugendhilfeeinrichtung räumlich an die Kinder- und Jugendpsychiatrie angesiedelt. Das Konzept der Einrichtung entstand schon in Zusammenarbeit beider Systeme und es wird im täglichen Arbeitsgeschehen, so viel wie nötig, der Einzelfall besprochen.

Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat einen Leitfaden zur Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie erstellt, der kurz vor der Veröffentlichung steht. Hier werden beide Systeme nochmals in ihrer Wesentlichkeit beschrieben und rechtliche Grundlagen benannt. Außerdem werden Betrachtungen ange stellt, die Vorgehensweisen beschreiben bei

- einem dem Jugendamt bisher unbekannten Fall in der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Erstvorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Erstvorstellung in der Jugendhilfe,
- Entlassungsprozessgestaltung, die immer unter Beteiligung der Jugendhilfe erfolgt,
- fallbezogener Kooperation,
- Krisen in einer Einrichtung der Jugendhilfe,
- Krisen während der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- familiären Krisen,
- Kindeswohlgefährdung,

und auch die fallunabhängige Kooperation wird thematisiert. Auch hier spielen Fortbildung und Erfahrungsaustausche eine wesentliche Rolle.

4. Ausblick

Lassen Sie mich noch einen Ausblick geben oder besser gesagt: Wo wollen wir zukünftig hin?

Zunehmend – und nicht nur in Mecklenburg-Vorpommern, das zeigt die Fachdiskussion in der Bundesrepublik – haben wir in der Praxis mit dem Problem der psychisch kranken Eltern insofern zu tun, dass Jugendhilfe erst dann Kenntnis erhält, wenn es schon zu aus-

geprägten Störungsbildern bei Kindern und Jugendlichen gekommen ist, um dann erst spät mit seiner Hilfe anzusetzen. Hier wünschen wir, dass als weiterer Partner die Erwachsenenpsychiatrie mit ins Boot genommen wird, um so früh wie möglich dem gesamten Familiensystem helfen zu können.

Und erste Schritte dazu sind schon gemacht:

Vor drei Jahren wurde das Modellprojekt „Rückenwind – Hilfe für psychisch- und suchtfgefährdete Kinder und Jugendliche“ ins Leben gerufen, in dem als ein Schwerpunkt herausgearbeitet wurde, dass Kinder/Jugendliche von Eltern mit Suchtproblemen oder psychischen Erkrankungen besonders gefährdet sind. Das wiederum legt offen, dass eine Zusammenarbeit also auch mit der Erwachsenenpsychiatrie unumgänglich ist, um im Familiensystem wirklich helfen zu können.

Auch der AFET befasst sich mit dieser Problematik im Fachausschuss „Theorie und Praxis der Erziehungshilfe“. Ziel ist es, ein Eckpunktepapier zu erarbeiten, um mitzuhelfen, langfristige und systematische Aufklärungs- und Unterstützungskonzepte zu erarbeiten.

Passgenaue und vernetzte Hilfen sind notwendig, die sich an das System Familie richten. Voraussetzung ist, dass alle Systeme Bereitschaft signalisieren, Kooperationen einzugehen und die anderen Partner als gleichberechtigte kompetente Partner zu akzeptieren.

Und ich weiß, dass es uns gelingen wird, denn wer, wenn nicht diese beiden Systeme, die als zentralen Aufgabenbereich die Förderung der sozialen Kompetenz beim Klienten als wichtiges Moment ihrer Arbeit betrachten, sollte das besser leisten können?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Schwer psychisch gestörte Kinder und Jugendliche ... und die hilflosen Helfer (oder doch nicht?)

Aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie

PROF. DR. RENATE SCHEPKER

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie,
Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ravensburg

Mein Hintergrund ist der einer großen Versorgungsklinik in Ravensburg mit 30 Betten Regelversorgung, 10 Plätzen in der Tagesklinik und 20 Plätzen zur Suchtbehandlung. Wir versorgen 600.000 Einwohner und nehmen die Pflichtversorgung für zwei und zwei halbe Landkreise ernst. In diesem Versorgungsgebiet liegen fünf SPV-Praxen – Praxis nach dem Modell der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (davon ein Pädater) und drei Einzelpraxen von Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten sowie fünf große Jugendhilfeeinrichtungen und eine Modelleinrichtung für psychiatrische Familienpflege.

Als Motto dieses Vortrags könnte das folgende Zitat von *Herzka* (einem der altherwürdigen Schweizer Väter der Kinderpsychiatrie) gelten:

- *Kinder brauchen Pädagogik, weil und solange sie Kinder sind.*
- *Kinder brauchen (medizinische, Psycho-) Therapie, wenn und solange sie krank sind.*

Also sind die Hilfesysteme Jugendhilfe und Psychiatrie bei schwer Kranken unmittelbar aufeinander bezogen – und angewiesen.

Heute traut sich kein kinder- und jugendpsychiatrischer Chefarzt mehr, keine Kooperation mit der Jugendhilfe anzugeben – so geht es aus einer Kooperationsumfrage unserer BAG KJPP und des BKJPP hervor (**Abbildung 1**). 98 Prozent der Kliniken und 96 Prozent der niedergelassenen Kollegen bejahen fallbezogene Kontakte, 80 Prozent der Kliniken noch themenbezogene AGs mit der Jugendhilfe. Geht man auf die konkrete Ebene der Vereinbarungen und etablierten Abläufe, wurde dieses gegenüber Jugendhilfeeinrichtungen in nur noch 53 Prozent der Kliniken und 43 Prozent der niedergelassenen Psychiater/innen und Psychotherapeuten/innen bejaht. Da diese Umfrage nur von rund ein Drittel der Kliniken und einem sehr kleinen Teil der Niedergelassenen beantwortet wurde, kann man zusätzlich von einem Selektionseffekt ausgehen – also kann man von einem hohen Verbreitungsgrad guter Praxis, über die ich im Folgenden sprechen möchte, noch nicht ausgehen.

Andererseits wird eine enge Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Jugendhilfeeinrichtungen als Wettbewerbsvorteil vermarktet, unabhängig davon, was konkret dahinter steht. So ist die Situation insgesamt doch noch far from perfect.

Gesamt in %	Kooperationsform	Kooperationspartner		
		Jugendamt BAG/BKJPP	Jugendhilfe- einrichtung BAG/BKJPP	
100	Fallbezogene Kontakte	98% / 96%	98% / 100%	
92	Regelmäßige themenbezogene AG	80% / 56%	65% / 43%	
90	Verbindliche Kooperationsvereinbarung, Inhalte bitte angeben: (z.B. aufsuchender ärztlicher/sozialpsych. Dienst, Gestaltung des Prozesses der Hilfeplanung, Begutach- tung),	45% / 48%	59% / 30%	
76	Vereinbarungen und etablierte Abläufe zur gemeinsamen Fallgestaltung	55% / 56%	53% / 43%	

Abbildung 1

© Prof. Dr. Renate Schepker

Dabei sind beide Systeme „gefühl“ stärker beansprucht als früher und es findet in beiden Systemen Arbeitsverdichtung statt. Im stationären Bereich verzeichnen wir eine zunehmende Selektion hoch problembelasteter Klientel. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie steigt die akutpsychiatrische Inanspruchnahme deutlich – in meiner eigenen Klinik lag die Quote an Krisenaufnahmen von allen Fällen in einer Halbjahreserhebung zwischen 48 und 60 Prozent. Wenn gut die Hälfte aller Fälle unangekündigt als Notfall in der Klinik hereinschneit, ist eine geordnete therapeutische Arbeit fast unmöglich. Dafür haben wir nach Analyse der Situation drei strategische Antworten entwickelt:

- Verkleinerung des Gebietes der Pflichtversorgung (daher die halben versorgten Landkreise),
- aufsuchende Konsiliardienste in Jugendhilfe und Kinderklinik,
- Krisenvereinbarungen - mit Einrichtungen u. individuellen Patienten.

Auf die letzten beiden kommen wir später zurück.

Eine weitere Entwicklung, die beide Systeme – Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – gleichermaßen trifft, besteht in den Vorurteilen der Bevölkerung gegen beide Systeme. Die „Zeitung, die Meinung bildet“ titelte über die Täter von Solln, die überwiegend Jugendhilfeleistungen erhalten hatten, aber gut Klienten beider Systeme hätten sein können: „Jahrelang vergeudete der Staat Zeit und Geld an das Pack von München-Solln – Musiktherapie und Kuschelseminare für S-Bahn-Schläger.“¹.

Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie können sich also in der Marginalisierung die Hand reichen.

¹ BILD 18.9.2009, S.9

Auch wenn man solche Thesen ablehnt: Objektiv gibt es eine kleine Gruppe von Jugendlichen, die hilflos machen; aus klinischer Erfahrung sind dieses meist Jugendliche mit schwerer Bindungsstörung, solche, die autoaggressiv und fremdaggressiv sind oder beziehungsgestört und spaltend – nicht zuletzt die „Nullbock“-Jugendlichen, die „nichts wollen“, oder diejenigen mit den hochambivalenten und sogar gegenarbeitenden Eltern.

These 1:

Situationen der Hilflosigkeit entstehen dann, wenn Gewalt gegen die Einrichtung, gegen Mitarbeiter oder gegen Gleichaltrige ausgeübt wird oder wenn strukturelle Gewalt die Einrichtung insgesamt gefährdet (Presse, Ermittlungen gegen die Einrichtung oder völliges Verweigern jeder Hilfe). Dann entsteht eine Konfliktsituation zwischen divergierenden schutzwürdigen Interessen – dem betroffenen Jugendlichen, den Mitarbeitern, den anderen Bewohnern und der Institution.

Dabei sind Situationen wie diese eher ein Normalfall für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Nach Gewaltausübung in der Jugendhilfe-Einrichtung wird ein(e) Jugendliche(r) notfallmäßig in die Klinik gebracht, ist leicht alkoholisiert und bedrohlich.

Es findet keine Debatte zwischen Dienstarzt und der Einrichtung statt, weil die Aufnahmeanfrage vorher angekündigt war und eine Krisenvereinbarung mit der Einrichtung besteht. (Letztere bedeutet, dass die Dienstärzte wissen, dass die Einrichtung alle internen Deeskalationsmechanismen ausgeschöpft hat, einschließlich der Hinzuziehung der pädagogischen Leitung.)

Der/die Jugendliche/r ist weiter aggressiv. In der Klinik finden ein „Talking down“ und eine Trennung vom Konfliktpartner aus der Jugendhilfe statt. Mit weiteren Maßnahmen der Deeskalation beruhigt sich der/die Jugendliche. Im äußersten Fall können freiheitsentziehende Maßnahmen zum Einsatz kommen – auf die die meisten Jugendlichen beim Anblick einer Übermacht von Erwachsenen dann trotz alkoholinduzierter Größenphantasien gerne verzichten. Normalfall für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind solche Situationen deswegen, da sie vielfach geübt sind, da es klare Verfahrensabläufe gibt (veröffentlicht in einem Sonderband der „Praxis“²). Freiheitsentziehungen werden im Team getragen, eigens dokumentiert und nachbesprochen – d.h. durch viele institutionelle Vorgaben ist vorgesorgt: Hilflosigkeit entsteht daraus nicht.

Keine Normalfälle sind die drei Jugendlichen, die ich Ihnen nun frei erfunden, aber angelehnt an meine Erfahrungen, als „Geschichten aus meinem Leben in der Klinik“ vorstellen möchte, ich habe sie Marvin, Sammy und Jessica genannt.

Die 1. Geschichte: Marvin

Marvin wurde als Kind einer alleinerziehenden, seelisch gestörten Mutter geboren, er erlebte viele Umzüge, viele Partner, intensive Projektionen der Mutter auf ihn. Die angeblich schwer kranke und behinderte Mutter „sammelte Helfer um sich“, bis hin zu pressewirksamen Auftritten, führte aber gleichzeitig einen subtilen, unbewussten Boykott aller angebotenen Hilfen, die gegeneinander arbeiteten. Leider ist es uns trotz größerer

² Cierpka et al 2006

Helferkonferenzen nie gelungen, eine Struktur in dieses sich seltsamerweise stets neu, aber identisch konstellierende System zu bringen. Es bestand der – nie nachgewiesene – Verdacht auf erlebten Missbrauch – zumindest nutzte die Mutter den „niedlichen aber schrecklichen“ M. zur Partnerbindung „besonders starker“ Männer. Marvin war erstmals mit 10 Jahren in der Akutpsychiatrie und bereits damals mit einem ersten Suizidversuch, der einen Feuerwehreinsatz auslöste, bei dem er von einem hohen Dach geholt werden musste. In Folge erlebte er sieben verschiedene Platzierungen in Heimen, Pflegefamilien, wurde immer wieder von der Mutter mithilfe ihres Helfersystems herausgenommen. Die Mutter kooperierte dennoch formal und freundlich mit allen Behörden. Marvin unternahm multiple Suizidversuche und fügte sich schwerste Selbstverletzungen zu (Arm brechen etc., bis hin zur versuchten Genitalverstümmelung). Er erhielt zwei bis zu siebenmonatige Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, während derer er es scheinbar genoss, dass er anderen Angst einflößte, auch Mitarbeiter tödlich angriff. Es erfolgte eine zunehmend höhere neuroleptische Medikation. Die Psychotherapie mit dem durchaus auch sympathischen und intelligenten Jungen zeigte Erfolge, er wurde in eine spezialisierte Jugendhilfeeinrichtung entlassen, unter einem „Abkommen“ mit der Mutter, dass er dort auch verbleiben solle. Selbstverständlich gab es eine Krisenvereinbarung und einige Krisenaufenthalte aus der Einrichtung heraus.

Bis dahin war das meiste eigentlich noch ein „Normalfall“. Warum, soll ein kleiner Exkurs zum Selbstverletzenden Verhalten (SVV) zeigen.

Selbstverletzendes Verhalten ist nicht unbedingt ein Notfall. Sich wiederholende Selbstverletzungen bei psychiatrischer Erkrankung können als Ventil für „inneren Druck“ fungieren, müssen aber nicht – es gibt auch ein quasi „epidemisches“ Vorkommen, wie in Schulklassen (dann allerdings eher bei Mädchen) wenn einige Schülerinnen um die schwärzeste Weltsicht konkurrieren. Für eine zugrundeliegende psychiatrische Störung spricht, wenn dieses Verhalten in einer Ausgangssituation des Allein-/Einsamseins vorkommt, wenn es „einfach passiert“, dissoziativ und quasi unverbunden mit dem sonstigen Alltag, dann wird auch Schmerz erst hinterher empfunden.

Empfindungen in dem Moment sind: Leere, Hoffnungslosigkeit, Dysphorie – dabei wirkt SVV sehr effektiv antidepressiv und antidissoziativ. Bei zugrundeliegenden schweren Störungen tritt das Verhalten wiederholt auf und wird oft verborgen.

Zum Umgang damit, wenn es in einer Einrichtung oder Schule vorkommt, gilt, dass man Rahmenbedingungen setzen sollte: Klare Absprachen und klare Grenzen (nicht öffentlich mit Blut tropfen!) bei einer verlässlichen Beziehung, die zugrunde liegende Problematik benötigt eine therapeutische Begleitung und also sollte eine psychiatrische Vorstellung initiiert werden. Wichtig ist: SVV ist nicht identisch mit einer „Borderline“-Diagnose und auch nicht mit einer vorhandenen Traumatisierung. Medizinische Versorgung sollte ruhig mit möglichst wenig Aufmerksamkeit erfolgen, zu dem Zeitpunkt keine ursächlichen Fragen, kein Gesprächsangebot. Ein zeitlich klar begrenztes Gesprächsangebot kann z.B. am folgenden Tag erfolgen. Gegebenenfalls ist vorher schriftliche Eigenreflektion (was war der Grund, wie ging es dir dabei, hätte es andere Lösungsmöglichkeiten gegeben) für den therapeutisch Tätigen hilfreich.

Marvin setzte SVV nicht etwa ein – er war verzweifelt. Er ließ sich im folgenden Verlauf wenig eingrenzen – eher schien jede Eingrenzung neue Fragen aufzuwerfen. Es kam zu multiplen Eskalationen, Dissozialität, viel öffentlicher Aufmerksamkeit, Polizeieinsätzen. Marvin wurde entsprechend der therapeutischen Überzeugung von seiner Selbstverantwortung immer wieder entlassen. Trotz häufiger Suizidversuche war sein Lebenswille doch immer wieder sehr deutlich. Irgendwann ließ sich eine Wiederaufnahme nicht mehr umgehen. Marvin hatte seinen neuen Lebensmittelpunkt in der Einrichtung nach vielen Anläufen verloren, nach wiederholten Angriffen auf Erzieherinnen. Er gefährdete seine Gesundheit durch viele sehr gefährliche Aktionen mittlerweile ernsthaft. Einer chronischen Behinderung war vorzubeugen. Es kumulierte im weiteren Verlauf in einem schweren aggressiven Übergriff auf der Station, Marvin behinderte noch den Notarzteinsatz und wurde kurzfristig in die Erwachsenenpsychiatrie verlegt (mit Personal der Jugendabteilung). Natürlich folgten erhebliche Proteste der Mutter und ihres immer noch aktiven Helfersystems. Das Jugendamt konnte keine Perspektive anbieten. Eine Strafanzeige führte zu Ermittlungen, aber wegen der Geringfügigkeit nicht zu einer forensischen Unterbringung. Aufgrund einer heftigen, für Marvin und die Mitarbeiter gleichermaßen quälenden Symptomatik des „Dampftopfes“, der einfach immer überbrodeln musste, und dem Eindruck, dass er erst nach ernsthaft sadistischen Übergriffen Ruhe hatte, wurde Marvin letztlich dauerisoliert. Dies erfolgte über Wochen. Die Abteilung gab sich viel Mühe hinsichtlich einer menschenfreundlichen Gestaltung mit täglichen Therapieeinheiten, Schule, Lockerungen und Spaziergängen. Videoüberwachung, sonst nicht gebräuchlich, half die Enge der Überwachung zu entkrampfen. Mitarbeiterrotationen in der Betreuung waren nötig, es gab in der Supervision Phantasien wie „Hannibal Lector aus ‚Das Schweigen der Lämmer‘“. Das erklärte Ziel dieser Maßnahmen war M. gegenüber, dass „du es mit dir selbst aushalten kannst.“ Wegen dieses außergewöhnlichen Vorgehens erfolgte die Einbeziehung des Ethikkomitees des Klinikverbundes. Dieses befand, dass das Vorgehen ethisch vertretbar sei – schließlich ging es immer wieder um Lebensrettung. Nach schwieriger Perspektivklärung wurde dann ein Platz in einer geschlossenen Jugendhilfe-Einrichtung gefunden. Marvin erhielt als Bewährungsaufgabe, dort zu wohnen und weiter in Behandlung zu bleiben. Nach zwei Jahren erfuhren wir von erfolgreichen Lockerungen der Geschlossenheit unter der Voraussetzung einer Distanzierung vom mütterlichen Herkunftsmilieu und den sie umgebenden „Helferkreisen“.

Lösungen bei Marvin bestanden in Folgendem:

Im Prinzip war Marvin ein sehr sympathischer Junge, mit dem es im Gefühl aller Beteiligten zu arbeiten lohnte, phasenweise durchaus Freude bereitete. Seine Verzweiflung war deutlich spürbar und das „Aushalten“ bei allen Beteiligten immer wieder Thema. Sich darauf zu besinnen, gab allen Beteiligten immer wieder neues Durchhaltevermögen.

Sich an die Grundprinzipien zu halten, ist in einer solchen Dynamik von hoher Bedeutung:

- Ernstnehmen der Pflichtversorgung (d.h. Hilfe „am Ort der Entstehung des Hilfebedarfs“ und Verpflichtung gegenüber allen aus dem Einzugsgebiet),
- Personelle Kontinuität, das bedeutet: nicht abschieben, und bei kurzfristig erforderlichen Entlastungen unseres Systems Kontakt halten.
- Die Zuständigkeiten sind klar geregelt (im Team und innerhalb der Therapeuten).

Alle Ebenen der Klinik und des Jugendamtes sowie der Behörden waren involviert, Leitungspräsenz war ein wesentlicher Faktor. Die Mitarbeiter wurden gestützt und erhielten viel Supervision, unter Leitungseinbezug. Die Abteilung konnte sich auf Solidarität in der Institution verlassen, die Erwachsenenpsychiatrie war phasenweise sehr hilfreich, wobei wir die Übergänge intensiv begleiteten und gestalteten.

Die 2. Geschichte: Sammy

Als 12-Jähriger wird Sammy im Zuge einer (später zurückgenommenen) Anzeige der Mutter gegen den Vater wegen Gewalt gegen den Sohn notfallmäßig vom Jugendamt in einer entfernten Heimeinrichtung in Obhut genommen. Er zeigt tägliche schwere Stimmungseinbrüche, Weinen, Heimweh, es erfolgen viele Telefonate mit der sehr ambivalenten Mutter, die ihm gegenüber die Heimaufnahme zu bedauern scheint. Am 5. Tag verletzt S. eine Erzieherin mit einem von ihr geliehenen Schraubenzieher lebensgefährlich – sie hatte ihn bezüglich eines Telefonates vertröstet – und flieht in verwirrtem Zustand aus der Einrichtung. Die „Zeitung, die Meinung bildet“ könnte titeln: „Verzweiflungstat – Amok durch Heimkind“.

Die anderen Jugendlichen der Gruppe helfen der Erzieherin, versuchen die Blutung aufzuhalten, rufen den Notarzt, winken ihn ein, alarmieren die Leitung. Nach einer Notoperation überlebt die Erzieherin. Der nicht strafmündige Täter wird von der Polizei gefunden und stellt sich als nicht vernehmungsfähig dar. Eine sofortige notfallmäßige Aufnahme erfolgte in der örtlich zuständigen, nächst gelegenen Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Auftrag der Krisenintervention und der Diagnostik.

Die Leitungsebene der Klinik traf folgende Entscheidungen: Es wurde die Rollenteilung geklärt (gutachterliche und therapeutische Trennung, Zuständigkeiten für Sammy und für dessen Eltern). Es erfolgte Verhaltensbeobachtung und Diagnostik. Ein Sicherheitskonzept für die Station wurde entwickelt, die juristische Absicherung der geschlossenen Führung über Elternantrag initiiert, die Anhörung begleitet und Sorgerechtsfragen erörtert. Die Verfahrenspflegerin von Sammy wurde eng einbezogen und die polizeilichen Ermittlungen ohne Beeinträchtigung des sonstigen Ablaufes, d.h. außerhalb der Station, gewährleistet. Es erfolgte eine dosierte Information an die Kindergruppe und die Eltern der Station. Eine Informationssperre an die Presse erging, (wobei die Klinik leider keinen Einfluss auf die polizeiliche Pressearbeit nehmen kann).

Nach Beratungsabsprachen mit der Jugendhilfeeinrichtung erfolgte seitens der Klinik ein Gruppengespräch in der Einrichtung zur PTBS-Prävention, zur Schuldentlastung der anderen Jugendlichen und zur – dosierten – Informationsvermittlung. Nach Beratung mit dem Jugendamt wurde Sammy nach Beendigung der Ermittlungs- und Diagnostikphase und Entaktualisierung zur Therapie in die für den Wohnort der Eltern zuständige Klinik verlegt.

Die Leitungsebene der Jugendhilfeeinrichtung hatte sich parallel dazu um die Fürsorge für die betroffene Erzieherin zu kümmern, um die Absprache pädagogischer Strategien und Sofortmaßnahmen, sie führte Gespräche mit allen beteiligten Jugendlichen einzeln und in der Gruppe. Es erfolgte eine offensiv-restriktive Pressearbeit und zuletzt mit einigem zeitlichem Abstand eine Nachbearbeitung der Ereignisse, gemeinsam mit der Kinder- und

Jugendpsychiatrie, bei der auch „handwerkliche Fehler“ im Rahmen der Aufnahme in die Einrichtung benannt werden konnten.

Lösungen bei Sammy bestanden in Folgendem:

Klare Zuständigkeiten: die Jugendpsychiatrie hilft „am Ort der Entstehung des Hilfebedarfs“. Es entstand eine sinnvolle Arbeitsteilung mit der für den Wohnort der Eltern zuständigen pflichtversorgenden Klinik. Es gab ein Hand-in-Hand-Arbeiten beider Leitungen und auch eine entsprechende präventive Intervention mit den durch S.' Aktivitäten betroffenen Jugendlichen der Wohngruppe. Eine gemeinsame Verantwortung für die Region war bereits in einer Kooperationsvereinbarung mit der Einrichtung festgelegt worden und konnte nicht mehr hinterfragt werden.

Die 3. Geschichte: Jessica

Jessica war die älteste Tochter von gemischtethnischen Zuwanderern im Ruhrgebiet, mit extrem skeptischer Haltung gegenüber Institutionen und „doppelter Buchführung“ in Äußerungen und Verhalten.

Ihre Eltern lebten getrennt, der Vater besaß kein Sorgerecht, J. verbrachte dennoch monatelange pendelnde Zeit bei beiden Eltern, war nicht immer zuverlässig versorgt und ging Nahrung stehlen. Sie fiel durch massive Gewaltphantasien und einen starken sozialen Rückzug auf. Sie ritzte sich und schnüffelte gelegentlich. Die Schulverweigerung über Monate führte letztlich zur ersten psychiatrischen Aufnahme. Jessica sprach kaum und griff Mutter und kleine Schwester verbal und tätlich an, sobald die Mutter versuchte, auf Regeln oder einem Schulbesuch zu insistieren. Nach dem stationären Aufenthalt wurde sie mit Zustimmung der Mutter in eine Jugendhilfeeinrichtung entlassen. Ein vom Jugendamt angestrebter Sorgerechtsentzug wurde gerichtlich nicht befürwortet. Nach Gewalteskalationen und Zerstörungen in der Einrichtung sowie nach häufigem Weglaufen nach Hause erfolgte die notfallmäßige Wiederaufnahme unter der Genehmigung zur geschlossenen Führung nach § 1631b BGB. In der Einrichtung hatte sie keine Bleibeperspektive mehr. Es erfolgte eine familienrechtliche Begutachtung während des Aufenthaltes, begleitet durch massive Drohungen – auch persönliche gegen Mitarbeiter des Jugendamtes – durch den Vater. Letztendlich löste Jessica ebenfalls eine existenzielle Bedrohung durch raffiniert geplantes Anzünden von Schnüffelgas auf der Station aus: „Ich dachte, dann werft ihr mich auch raus.“ Jessica hatte sich verschätzt: sie wurde gerade nicht rausgeworfen, sondern die Klinik stellte sich auf eine längere Behandlung ein – ein ob der fehlenden Jugendhilfeperspektive nicht leichtes Unterfangen, zumal J. stets uneinschätzbar wirkte und sich verbal weiterhin kaum äußerte, aber in Konflikten dazu neigte, Mitarbeitern buchstäblich das Gesicht zu zerkratzen. Beim ersten begleiteten Ausgang lief sie – wie wir später erfuhren, mit Hilfe des Vaters – weg und blieb verschwunden, begleitet von großer Sorge, ob sie wohl noch lebe. Der Vater gab an, von ihrem Verbleib nichts zu wissen, auch die Mutter nicht. Monate später war sie bei Verwandten in einem anderen Bundesland wieder aufgetaucht. Sie wurde bei einer dort erfolgten erneuten jugendpsychiatrischen Vorstellung nicht als akut behandlungsbedürftig befunden. Das örtliche Jugendamt bot eine ambulante Hilfe zur Erziehung an, die sorgeberechtigte Mutter lehnte sie ab, was letztlich zu dem bereits gutachterlich empfohlenen Sorgerechtsentzug und zum Bestellen eines verlässlichen Vormunds führte.

Lösungen bei Jessica bestanden in Folgendem:

Das „rote Telefon“ der Leitungen zwischen Jugendamt und Klinik wurde gebraucht und funktionierte. Ein Einvernehmen zwischen ASD und Therapeut war stets vorhanden. Es bestand eine klare Aufgabenteilung hinsichtlich des pädagogischen (Sorgen für den Lebensmittelpunkt, Schaffen eines juristischen Rahmens) und des therapeutischen Vorgehens (arbeitsteilige Befunderhebung für Gutachten und Behandlung, Kontaktabbau zu J. mit dem Ziel eines Vertrauensaufbaus und therapeutischen Arbeitsbündnisses). Aus-handlungsprozesse mit Polizei und Gericht konnten nur auf diesem Hintergrund gelingen.

Im Sinne des Vortragstitels stellt sich die Frage, ob diese Kinder alle „schwere psychiatrische Störungen“ hatten.

Sammy hatte eine bisher unerkannte Intelligenzminderung und eine Angst-Vorgeschichte. Er war ein ehemaliges Drogenentzugsbaby und war völlig unvorbereitet auf die Heimaufnahme. Zu diagnostizieren war eine akute Belastungsreaktion auf dem Boden einer Angststörung bei Intelligenzminderung.

Marvin hatte eine Borderline-Persönlichkeitsstörung auf dem Boden multipler Mikro- und Makrotraumatisierungen.

Bei Jessica stellte sich der Verdacht auf eine schizotype Störung auf dem Hintergrund eines behördenfeindlichen, tendenziell paranoiden Familiensystems, die wir aufgrund der geringen verbalen Äußerungen des Mädchens nie objektivieren konnten.

Nur eines dieser Kinder hatte somit eine gesicherte „Severe mental illness“, d.h. eine schwere psychiatrische Störung. Alle hatten jedoch einen hohen Interventionsbedarf und brachten die Institution Klinik und die Jugendhilfe an echte Grenzen.

Woran erkennt man eine schwere seelische Störung?

In den USA ist eine SMI = severe mental illness bei Erwachsenen beschrieben mit Störungen aus dem Formenkreis der Psychosen, der schweren Depression und der Persönlichkeitsstörungen. Die erwachsenenpsychiatrischen S3-Leitlinien „psychosoziale Behandlung“ (in Arbeit) beschreiben die SMI folgendermaßen:

„Psychische Erkrankungen, insbesondere schizophrene Störungen, schizoaffektive und andere psychotische Störungen, bipolare affektive Störungen, schwere depressive Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen, welche über längere Zeit, in der Regel über zwei Jahre bestehen, in der Regel mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und soziales Funktionsniveau einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind“.³

Herr Fegert hat in seinem Vortrag auf dieser Tagung benannt: Schizophrenie, Autismus, PTBS, Essstörungen, Depression. Für Kinder und Jugendliche sind SMI nicht wirklich de-

³ Becker 2010

finiert. Ich würde auch davon ausgehen, dass die alleinige ICD-10-Diagnose kaum ausreicht, um für die Jugendhilfe sinnvolle Handlungsanweisungen daraus abzuleiten.

Aus meiner Sicht ist der Versuch einer operationalen Definition, den ich im Folgenden vorstelle, besser geeignet.

Versuch einer Definition einer „schweren seelischen Störung im Kindes- und Jugendalter“:

- Realitätsbezugsstörung im Rahmen einer psychiatrischen Grundstörung,
- Stark eingeschränkte oder deviante Bewältigungsfähigkeiten,
- Einschränkungen in der Alltagspraxis,
- Auswirkung auf mehrere Lebensbereiche,
- Starkes subjektives Leid des Selbst und/oder der Umgebung,
- Anhaltend und entwicklungsbehindernd,
- Unabhängig von Ressourcen.

Kinder, die diese Merkmale erfüllen, benötigen regelhaft Hilfe aus beiden Systemen – der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe.

Was macht dann jenseits der „Diagnose“ eine gute Kooperation aus?

Gut ist es, wenn Kooperation in hoher jeweiliger Fachlichkeit, in gegenseitiger Anerkennung (auch des Angewiesenseins aufeinander), in klarer Rollenteilung und Zuständigkeit, in regelmäßiger Kommunikation (über Fälle und auch über Kritik hinaus), mit hoher Verlässlichkeit und mit Leitungspräsenz stattfindet. Reibungen sind dabei unausweichlich und sogar willkommen, denn sie dienen dem Erkenntniszuwachs über den betreffenden Jugendlichen, über die betreffenden Institutionen, über die Rahmenbedingungen und über Verbesserungspotenziale.

Sie brauchen ein Forum inklusive der Leitung, in dem sie ausgetragen werden und wo das Erkennen von Verbesserungspotenzialen willkommen ist.

Nützliche Grundhaltungen können hierbei sein:

- Jugendliche sind unteilbar und haben ein Zuhause, für das die Jugendhilfe die Verantwortung hat.
- Mitarbeiter aller Seiten sind lernbereit.
- Der Andere denkt sich immer etwas Sinnvolles bei seinem Handeln (auch wenn es nicht gleich evident ist).
- Jugendliche haben immer gute Gründe, sich so zu verhalten, wie sie es tun.
- Die Systeme sind dazu da, sich gegenseitig zu helfen.

Es hat sich bewährt, das gegenseitige Helfen allgemein und im Vorhinein festzulegen. Hier kann man, bezogen auf einzelne Kinder oder Jugendliche, mit individuellen Krisenvereinbarungen arbeiten.

Voraussetzung für eine individuelle Krisenvereinbarung ist zunächst die Vorstellung im Konsildienst (oder, wo nicht vorhanden, in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder bei einem kooperierenden niedergelassenen Kinder-/Jugendpsychiater.) Gerne kann und soll dieser Ersttermin mit den Eltern stattfinden. Das ist erforderlich für deren Zustimmung zum Krisenplan und für die Weiterführung von Vereinbarungen während Aufenthalt zuhause, auch für die Compliance (Mitarbeitsbereitschaft) des Kindes. Hier erfolgt außerdem die Sichtung und Bewertung von Vorbefunden und – sofern nicht bereits andernorts geschehen – eine ausführliche psychiatrische Diagnostik. Diese kann auch bei einem niedergelassenen Kinderpsychiater, in der PIA oder gemeinsam mit der Einrichtung angehörigen Psychologen oder Heilpädagogen geschehen – je nach regionalen Gegebenheiten. Ein umfassendes Bild des Betroffenen ist erforderlich, um ein sinnvolles Vorgehen für Krisen entwickeln zu können.

Nach dieser Vorstellung im Konsildienst kann eventuell eine Medikation oder Bedarfsmedikation verordnet werden (allerdings erfordert letztere eine umfassende Mitarbeiterschulung und ist nicht von heute auf morgen in jeder Einrichtung einsetzbar). Im Einzelfall bietet sich eine ambulante Psychotherapie an und der Umgang mit Krisen während der laufenden Psychotherapie ist vorzubespochen. Eine Beratung der Bezugspersonen im Team kann individuelle Deeskalationsmechanismen finden und festlegen. Zuletzt kann eine Vorstellung und Besichtigung der altersmäßig zuständigen Station erfolgen. Dort wird der im „Ernstfall“ gegebene Rahmen und die Regeln erklärt und es erfolgt das dortige Deponieren des Krisenplans.

Sonderregelungen gelten trotz Krisenvereinbarung **für bestimmte Situationen:**

Akute Intoxikation (mit Alkohol, Drogen oder Medikamenten): Hier sollte eher direkt die nächste Kinderklinik (zwecks Überwachung) oder internistische Klinik aufgesucht werden als die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mischintoxikationen mit besonderer Gefährdung sind nie auszuschließen! Erfolgt ein heftiger Erregungszustand, ohne dass eine Deeskalation durch das Team Erfolg hat, bei einem vom Ablauf her noch nicht bekannten Jugendlichen, kann der Notarzt beigezogen werden.

Einen Notfall stellt jede Selbstgefährdung mit suizidalen Absichten dar. Die sichere Erfassung von Suizidalität ist schwierig, im Einzelfall sogar unmöglich – auch bei bekannten Patienten. Im Zweifel sollte immer eine Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater erfolgen. Dabei sind die Begleitung und ein fortbestehendes Kontaktangebot der Bezugspersonen wichtig. Die Übernahme der rechtlichen Verantwortung in der Einschätzung von akuter Suizidalität sichert nur eine Vorstellung beim Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie! Dabei muss nicht jede Suizidäußerung zur stationären Aufnahme führen. Im Rahmen einer Vorstellung wird beispielsweise besprochen, ob es Notrufmöglichkeiten für den Jugendlichen in akuter Krise gibt (i.S. einer Vorgabe von Krisenbewältigungsmustern). Eventuell erfolgt das Schließen eines „Antisuizidvertrags“ und das Treffen von Absprachen. Immer wird eine „enge Anbindung“ an einen Klinikarzt erfolgen (alter-

nativ auch an einen niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, sofern dieser seine Verfügbarkeit bzw. verlässliche Vertretung rund um die Uhr zusichern kann).

Über individuelle Krisenvereinbarungen und bilaterale Vereinbarungen zwischen einer Klinik und einer Jugendhilfeeinrichtung hinaus gibt es bei uns im Bodenseekreis **auch trilaterale und multilaterale Vereinbarungen:**

Zwischen den zwei zuständigen Kliniken (der pflichtversorgenden Regel-Kinder- und Jugendpsychiatrie und einer jugendpsychiatrischen Klinik für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche), den Jugendhilfeeinrichtungen und den niedergelassenen Kollegen hat sich über die letzten Jahre eine mittlerweile vertraglich gesicherte Kooperation etabliert. Teil dieses erstmals in diesem Jahr vorgestellten⁴ Jugendpsychiatrischen Verbunds (JPV) ist, dass für die langfristige Hilfeerbringung eine gemeinsame Hilfeplankonferenz unter Beteiligung aller Systeme (Jugendhilfe und Behindertenhilfe, Schulsystem, Agentur für Arbeit, niedergelassene Vertragsärzte, Gesundheitsamt, Kliniken) stattfindet und dass kein Vertragspartner eine Hilfeleistung ohne Konsensfindung in der Konferenz erbringt. Dazu erfolgt im Einzelfall der Einbezug weiterer Hilfesysteme. Alle Beteiligten sind eine klare Selbstverpflichtung zur gemeinsam verantworteten Versorgung der Region eingegangen.

Für Krisen gibt es einen Notdienst, nicht nur seitens der Kliniken, sondern an Werktagen auch seitens der Niedergelassenen.

Bedeutsam ist, dass von vornherein festgelegt ist, bei wem die Fallführung insgesamt verortet ist und quer durch alle krisenhaften Verläufe hindurch auch bleibt. So entstehen allseits konsentierende Verfahrensabläufe.

Weitere Ziele des JPV sind, für komplex gestörte Jugendliche die Übergänge ins Erwachsenenleben zu bahnen und Hilfe-Ansätze auch für schwerst gestörte oder hilfeunwillige Jugendliche zu finden.

Und nach dieser Tagung??

Ich wünsche mir, dass einige Dinge NIE MEHR vorkommen, weil die Prozesse besser besprochen sind. NIE MEHR

- Jugendliche aus einer Jugendhilfeeinrichtung schnell und anonym, mediziert über einen Notarzt in die Klinik bringen, begleitet von einem Zivildienstleistenden ohne Bezug zum Jugendlichen und ohne Informationen an und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- lange Debatten über die Indikation einer stationären Krisenintervention vor dem Jugendlichen (dadurch verhinderbar, dass die Dienstärzte bei den Einrichtungen, mit denen Kooperationsvereinbarungen existieren, genau wissen, dass diese sich an etablierte Abläufe halten und Deeskalationsmaßnahmen innerhalb der Einrichtung bereits ausgeschöpft sind).

⁴ Tagung der Aktion Psychisch Kranke „Seelische Störung bei Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe“. Kassel, November 2010, Tagungsbeiträge herunterladbar unter www.apk.de

- Kündigen des Jugendhilfeplatzes durch die Einrichtung während eines Klinikaufenthaltes (ohne einen sicheren Ort als Lebensmittelpunkt ist Therapie praktisch nicht möglich – Extremfälle wie etwa bei Sammy bestätigen die Regel),
- Disziplinarische Entlassung in die Jugendhilfe aus der Behandlung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie ohne Ankündigung (mit Existenz des „roten Telefons“ wäre das für die Klinik nachträglich ein sehr beschämender Akt),
- Suchen eines „besseren Platzes“ in der Jugendhilfe durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie vor Hilfeplanung und ohne Auftrag.

Einige andere Ereignisse sollten als Zielvorstellung nicht mehr vorkommen. Ziel ist: NIE MEHR

- Jugendliche mit „Heimwanderpreis“,
- Jugendliche ohne passendes Hilfeangebot,
- Platzierung deutlich gestörter Jugendlicher ohne psychiatrische Diagnostik in Einrichtungen (eine dann eventuell bald erforderliche Klinikaufnahme stört den Prozess des „Ankommens“),
- Hilfeplan nach § 36 KJHG ohne sinnvolle psychiatrische Teilnahme (dieses scheitert gelegentlich an der nicht gesetzlich geregelten Finanzierung),
- nicht steuerbare Krisen,
- ausgebrannte und überforderte Helfer.

Möglicherweise ist der Eindruck entstanden, dass das alles nur funktioniert, wenn man nicht nur miteinander unter Professionellen gut kooperiert, sondern auch mit den betroffenen Jugendlichen in Kooperation geht. Jedoch gehört ein bestimmtes Vorgehen bei „Nullmotivation“ auch zu unserem Repertoire.

Bei Suchtproblematik hilft die Drogenberatungsstelle (heutzutage entweder mit Spezialisierung für Jugendliche oder generell auch mit jugendgemäßem Angebot), eventuell mit Weiterleitung an eine der mittlerweile 17 existierenden Jugendsuchstationen⁵, wie unsere Ravensburger Stationen clean.kick und clean.kids, oder an das Projekt HaLt.

Bei Störungen des Sozialverhaltens hat sich ein „Hilfeverdienprogramm“ – auch vollstationär als günstig erwiesen. Ein Projekt in unserer Abteilung befindet sich gerade in der Erprobungsphase.

Bei Bindungsstörungen empfiehlt sich das so genannte „Anfüttern“, d.h. das Aufrechterhalten eines kontinuierlichen Angebotes in personeller Kontinuität(!) unabhängig von allen Hin- und Wegbewegungen des Jugendlichen.

Beim Einsatz von Gewalt sollte konsequent auch das juristische Vorgehen in Abstimmung mit Polizei und Gericht erfolgen.

⁵ Adressen unter www.kinderpsychiater.org

Gegebenenfalls, wenn Jugendliche sich ständig entziehen und in Gefahr begeben, können Maßnahmen der Freiheitsentziehung im Rahmen des § 1631b BGB erforderlich werden – diese sind nach der Rechtsprechung auch in der Jugendhilfe möglich und bei langfristigem pädagogischem Bedarf auch sinnvoll – ggfs. erfolgt eine Indikationsstellung und nach Perspektivklärung eine Vorbereitung in der Klinik – letztere setzt einen Auftrag der Jugendhilfeplanung voraus, um sinnvoll zu sein.

Selbstgefährdungen erfordern gelegentlich Schutzmaßnahmen gemäß einer Klinikeinschätzung, wenn sie akut sind – die Ausführung einer geschlossenen Führung im Rahmen des § 1631b BGB obliegt dabei der Klinik, verpflichtet diese jedoch nicht dazu.

Man beachte:

- Sowohl die Jugendsuchstation clean.kick als auch die Jugendstation mit StSV-Programm nehmen nur auf, wenn eine feste Entlassadresse angegeben und vom Sorgeberechtigten unterzeichnet wird.
- Häufig ist bei Störungsbildern mit naturgemäß geringer oder schwankender Motivation Intervalltherapie erforderlich.

Eine Frage zum Schluss: **Gibt es auch Grenzen der Kooperation?**

Ja, die gibt es – wenn die Systeme nicht mehr zur Lösung ausreichen. Jedem Kind und jedem Jugendlichen, jeder Familie durch Kooperation und Vernetzung eine Lösung anbieten zu können, wäre eine Größenphantasie. Grenzen entstehen beispielsweise schnell dann, wenn familiengerichtliche Interventionen gleichzeitig erfolgen oder wenn diese erforderlich werden. Unabhängige Gerichte können in einen JPV nicht eingebunden werden. Grenzen entstehen, wenn Eltern nicht in die Kooperation zu bekommen sind, aber die Problematik unterhalb der Familiengerichts-Schwelle leidlich stabil bleibt. Auch die Situation, dass Jugendliche sich körperlich/räumlich entziehen, kommt öfter vor.

Jedoch hege ich keinerlei Zweifel daran, dass für die Entwicklung von schwer gestörten Jugendlichen in unserem Land noch starke „Verbesserungspotenziale“ in verbesserter Kooperation schlummern.

Literatur:

Cierpka, M., Lehmkuhl, U., Lenz, A., Seiffge-Krenke, I. & Streeck-Fischer, A. (Hrsg.) 2006, *Themenheft - Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zeitschrift Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen.

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm/Bezirkskrankenhaus Günzburg; Team Prof. Dr. Thomas Becker.

Schwer psychisch gestörte Kinder und Jugendliche ... und die hilflosen Helfer (oder doch nicht?)

Aus Sicht der Jugendhilfe: Hilfloze Helfer? Junge Menschen mit psychischen Störungen zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie¹

PROF. DR. CHRISTIAN VON WOLFFERSDORFF

emeritiert, ehemals Erziehungswissenschaftliche Fakultät, Universität Leipzig

Einleitung

Ausgangspunkt des Beitrags ist die Formulierung des vom Veranstalter der Tagung vorgegebenen Vortragsthemas: *Psychisch gestörte Kinder und Jugendliche und die hilflosen Helfer (oder doch nicht?) – aus Sicht der Jugendhilfe*. Wie unmittelbar ersichtlich wird, enthält diese Formulierung mit dem Topos des hilflosen Helfers einen „Knoten“, der auf ein Grundproblem sozialer Arbeit im Überschneidungsbereich von Jugendhilfe und Psychiatrie verweist und nicht leicht zu entwirren ist. Mit diesem Aspekt des Themas beschäftigt sich Kap. 1. Im Anschluss daran skizziert Kap. 2 die historische Dimension des Umgangs mit psychisch und sozial auffälligen jungen Menschen. Kap. 3 gibt eine Übersicht über wichtige Forschungsbefunde und Praxiseinschätzungen zum Thema „Schwierige Jugendliche“. Kap. 4 geht auf Fragen der Kooperation zwischen den unterschiedlichen Akteuren Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule ein, wobei insbesondere die notwendige Einbeziehung der Schule unterstrichen wird. Kap. 5 und 6 wenden sich zum Abschluss der Handlungsebene zu. Gefragt wird, welchen Belastungen Erzieherinnen und Erzieher in ihrer pädagogisch-therapeutischen Arbeit mit diesen Jugendlichen ausgesetzt sind und welche Unterstützung sie selbst bei der Bewältigung dieser Aufgaben benötigen.

1. Hilfloze Helfer: Über die Untiefen eines Begriffs

Als Wolfgang Schmidbauer diesen Begriff Ende der siebziger Jahre prägte, da ging es ihm, wie auch der Untertitel seines Buches deutlich machte, um eine in helfenden und erziehenden Berufen verbreitete *seelische* Problematik. Hilfloze Helfer, das bezog sich auf eine Verbindung von schwachem Selbstwertgefühl, zwanghafter Fixierung auf die Helferrolle und einer Fassade der „Selbstlosigkeit“, hinter der sich in Wirklichkeit Angst verbirgt – einhergehend mit Unsicherheit bei der Anwendung professioneller Methoden. Das daraus resultierende *Helfersyndrom* hindert viele Pädagog/innen und Erzieher/innen daran, die Bedürfnisse ihrer Klienten angemessen wahrzunehmen, was gerade bei der Betreuung von Menschen mit komplizierten Verhaltensstörungen zu Problemen und Widersprüchen führt. Das Ergebnis: Helfer machen ihre Klienten zum Objekt, können keine tragfähige Beziehung zu ihnen aufbauen, sich aber auch ihr Scheitern nicht eingestehen. In ihrem Wunsch, endlich *gebraucht* zu werden, verzehren sie sich in immer neuen pädagogi-

¹ Aus gegebenem Anlass widme ich diesen Beitrag meinem Kollegen und Freund Ullrich Gintzel, der sich mit dem Verhältnis von Jugendhilfe und Psychiatrie wiederholt eingehend beschäftigt hat. Besonders sein gemeinsam mit Reinhold Schöne herausgegebenes Buch „Zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie“ (Gintzel/Schöne 1990) hat in dieser Diskussion wichtige Impulse gesetzt. Anfang 2011 hat Ullrich Gintzel seine langjährige Tätigkeit als Professor für Sozialarbeit und Sozialpädagogik an der Evangelischen Hochschule Dresden beendet und wurde in den Ruhestand verabschiedet.

schen Anläufen, bis der inzwischen eingetretene Prozess des burning-out nicht mehr zu übersehen ist.

Wie die rasante Verbreitung der Debatten über das Helfersyndrom in den siebziger und achtziger Jahren zeigt, war mit diesem Deutungsmuster ein empfindlicher Nerv getroffen, vor allem in der Sozialarbeit und speziell in der Jugendhilfe. In den Fachzeitschriften wurde es in alle Einzelteile zerlegt, und ich erinnere mich noch gut, dass viele Studierende der Sozialpädagogik plötzlich nur noch über hilflose Helfer und „den“ burn out geprüft werden wollten; Hilflosigkeit als pädagogisches Prüfungsthema, wann gab es das sonst noch? Von heute aus betrachtet, hat die eigenartige Faszination, die vom Konstrukt des hilflosen Helfers ausging, viel mit der damaligen Pattsituation im Verhältnis von Jugendhilfe, Psychiatrie und Strafvollzug zu tun, in der jede der beteiligten Professionen nahezu reflexhaft darauf bedacht war, den jeweils anderen ideologische Borniertheit und erzieherisches Versagen vorzuwerfen. In weiten Teilen der Öffentlichkeit leistete dies auf lange Sicht einer Überzeugung Vorschub, die man von Heimen, Psychiatrien und Jugendgefängnissen ohnehin hatte: Sich mit diesen Jugendlichen pädagogisch abzugeben, lohnt sich nicht; reine Zeitverschwendung; nothing works (so die fast schon zum Mantra gewordene, dem amerikanischen Kriminologen Robert Martinson zugeschriebene Aussage über die Chancen von Resozialisierungsansätzen²). In der Praxis erwies sich diese fatalistische Sicht auf die Chancen erzieherischer Hilfen dann auch oft genug als „self fulfilling prophecy“.

Ein kurzer Rückblick auf die frühen Reformdiskussionen zur Heimerziehung soll dies illustrieren: Im Gegensatz zu den alten Praktiken der Verwahrung und Disziplinierung, die in den Erziehungsheimen der siebziger Jahre noch immer verbreitet waren, sollten die Jugendlichen dort endlich intensive, professionelle Betreuung erhalten, bei Bedarf auch verbunden mit therapeutischen Verfahren. Die theoretischen Grundlagen dafür schienen im Rückgriff auf Ansätze der psychoanalytischen bzw. individualpsychologischen Pädagogik in der Nachfolge von August Aichhorn und Siegfried Bernfeld, Alfred Adler und Otto Rühle oder Fritz Redl und Bruno Bettelheim nach mehreren Jahrzehnten des Vergessens und Verdrängens wieder frei zugänglich. Sie warteten sozusagen darauf, neu entdeckt und mit Leben erfüllt zu werden. Einerseits waren damit höchste pädagogisch-therapeutische Ansprüche für die Betreuung dieser Klientel gesetzt; andererseits steckte die dafür erforderliche methodische Ausbildung, wie sie bei der Betreuung schwieriger Kinder und Jugendlicher aus heutiger Sicht unumgänglich ist, noch in den Anfängen. Hinzu kam, dass die Beschäftigung mit antipsychiatrischen Theorien bei vielen Angehörigen Sozialer Berufe ein tiefes Misstrauen geweckt hatte. Eine Kooperation mit der „negierten Institution“ Psychiatrie³ rückte dadurch in weite Ferne.

Ähnliches galt für die Jugendgefängnisse, die noch weitgehend nach den Prinzipien des Verwahrungsvollzugs funktionierten. Schon kleinste Reformversuche wie die Einführung überschaubarer Wohngruppen stießen dort auf größte Schwierigkeiten und anspruchsvolle Behandlungskonzepte für psychisch auffällige Straftäter waren noch so gut wie unbekannt. Je mehr Psychiatrie und Strafvollzug aus Sicht der Jugendhilfe bei der Aufgabe versagten, endlich geeignete Betreuungs- und Resozialisierungskonzepte für dissoziale

² Martinson 1974

³ Basaglia/Basaglia Ongaro 1971

Jugendliche zu entwickeln, desto mehr sah sie sich mit diesem Projekt auf sich selbst gestellt. In der Praxis führte dies zwar zu interessanten Initiativen und vielen „alternativen“ Ansätzen, erhöhte aber auch das Risiko von Selbstüberforderung und Einzelkämpfertum. Manches Scheitern damaliger Versuche, in der Arbeit mit traumatisierten Heimkindern in möglichst kurzer Zeit und unter bescheidenen strukturellen Rahmenbedingungen ein *therapeutisches Milieu* zu entwickeln, wird im Rückblick auf diese Konstellation erklärbar.

Inzwischen hat sich im Verhältnis von Jugendhilfe, Psychiatrie und Justiz vieles verändert. Das Spektrum einschlägiger Methoden hat sich differenziert, die wechselseitige Kenntnis institutioneller und rechtlicher Grundlagen hat zugenommen und über die Notwendigkeit verstärkter Kooperation sind sich – zumindest auf der Ebene des Diskurses – alle Seiten einig. Trotzdem besitzt die Frage, wie mit besonders schwierigen, aggressiven, psychisch kranken Jugendlichen zu verfahren ist, noch immer das Potenzial, alte Gräben zwischen den Professionen wieder aufzureißen. Interessanterweise hat sich dabei auch die Rede von den hilflosen Helfern auf eine andere Ebene verlagert, sozusagen von Moll nach Dur, und dabei einen deutlich schrofferen, populistischen Ton angenommen. Wir begegnen ihr heute vor allem in hämischen Fernsehstatements über die angeblich lasche „Kuschelpädagogik“ und als Begründungsmuster für die im Rhythmus der Wahlkämpfe wiederkehrenden Forderungen nach mehr Strafe und strengerer Erziehung. Was Letzteres betrifft, sind die Debatten über Erziehungscamps oder zum „Lob der Disziplin“⁴, wie sie vor einiger Zeit durch die Medien geisterten, noch in ambivalenter Erinnerung.

Aber noch etwas anderes hat sich verändert, und das hat mit dem Faktor *Zeit* zu tun: Wenn in der Jugendhilfe heute noch (oder wieder) über hilflose Helfer geklagt wird, dann liegen die Gründe dafür nicht mehr so sehr auf der Kompetenzebene – also in mangelndem Wissen über Behandlungskonzepte und Methoden. Sie haben vielmehr damit zu tun, dass sozialpädagogische Fachkräfte gerade in den „beziehungsintensiven“ Bereichen der Jugend- und Familienhilfe (vom Strafvollzug ganz zu schweigen) oft ganz einfach nicht mehr wissen, wie sie bei wachsender Fallbelastung und vielfach stagnierenden bzw. rückläufigen finanziellen Ressourcen auch noch höchsten fachlichen Qualitätserwartungen entsprechen sollen. Mit anderen Worten: Die Helfer, die sich heute an den Schnittstellen von Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie, Justiz und Schule für die überfällige Einführung bzw. Verbesserung von Kooperationsstrukturen engagieren, sind in aller Regel nicht mehr „hilflos“ im ursprünglichen Sinne des Konzepts. Ihr Problem liegt eher darin, dass ihnen im Zuge einer fortschreitenden Ökonomisierung und Beschleunigung der Sozialen Arbeit die wichtigste Ressource abhandenkommt, die eine gelingende Betreuung psychisch gefährdeter und kranker junger Menschen benötigt: nämlich genügend *Zeit* zur Gestaltung persönlicher pädagogisch-therapeutischer Beziehungen.

Hier liegt für mich ein erster Zugang zur Beantwortung der Fragen, die von der Vorbereitungsgruppe dieser Tagung formuliert worden sind – speziell der Frage, welche Schwachstellen es bei der Betreuung schwieriger Jugendlicher gibt und ob die Jugendhilfe eigentlich über die richtigen Angebote für eine nachhaltige und integrationsorientierte Arbeit verfügt. Wie auch in anderen Bereichen von Bildung, Gesundheit und Erziehung, lässt sich in der Sozialen Arbeit gegenwärtig ein paradoxes Muster erkennen: Die einschlägi-

⁴ Bueb 2006

gen professionellen Konzepte sind zwar (wie schon die große Zahl einschlägiger Jugendberichte und andere Dokumente der Jugendhilfe-Entwicklung zeigen) reichlich vorhanden, aber durchaus nicht überall verfügbar. Gerade dort, wo sie besonders dringend gebraucht werden, kommt oft viel zu wenig davon an. Quer durch die Praxisfelder lässt sich eine fortschreitende Verknappung der Zeitkontingente registrieren, die sozialpädagogische Beziehungsarbeit eventuell billiger machen kann, dafür aber ihre Qualität gefährdet. In vielen Bereichen der Jugendhilfe und besonders dort, wo es um die zeitintensive Aufgabe des Verstehens und Therapierens psychischer Störungen geht, führt dies schon seit längerer Zeit zu Problemen. Als wir vor einigen Jahren in einer Untersuchung für das sächsische Landesjugendamt Mitarbeiter/innen aus verschiedenen Bereichen der sächsischen Kinder- und Jugendhilfe nach ihren Einschätzungen über Jugendliche mit „komplexem Hilfebedarf“ (s.o.) fragten, da war es genau diese Erfahrung, über die besonders oft berichtet wurde. Die folgende Äußerung eines Mitarbeiters aus der Jugendhilfe bringt es auf den Punkt:

„Beziehungsarbeit ist nicht abrechenbar, (und Sie wissen nie, ob sie so tragfähig ist, dass sich darauf bestimmte Angebote aufbauen lassen). Das ist auch etwas, was Teams sehr belastet. Es ist frustrierend und es ist schwer zu greifen. Deshalb machen viele Teams gerade eine Hängepartie durch, weil sie sich in der Verantwortung sehen, aber (...) gar nicht wirklich agieren können“.⁵

In ihrem kürzlich erschienen *Schwarzbuch Soziale Arbeit* hat die Jenaer Sozialpädagogin *Mechthild Seithe* eine Vielzahl ähnlicher Praxisbeispiele aus den verschiedensten Bereichen der Sozialen Arbeit untersucht und beschreibt in diesem Zusammenhang drei Tendenzen, die für unser Thema zentral sind. Eine erste Tendenz hat mit der allgegenwärtigen Privatisierung von Risiken zu tun. Sie zeigt sich in der Durchsetzung eines Welt- und Menschenbildes, „in dem es eine gesellschaftliche Verantwortung für soziale Problemlagen angeblich nicht mehr gibt und in dem die von der Gesellschaft als überflüssig Betrachteten nur noch verwaltet werden müssen“⁶. Zweitens: „Kostendämpfung macht Soziale Arbeit zum Billigprodukt: Professionelle Soziale Arbeit, wie sie etwa seit den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts im Rahmen ihrer Professionalisierung und im Kontext der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit möglich war, erscheint mit einem Mal als Luxus, den sich keiner mehr leisten kann. Soziale Arbeit wird damit als etwas angesehen, das man getrost auch „verdünnen“ kann, ohne seine Wirkung zu verringern“⁷. Eine dritte Tendenz bezieht sich auf die eben schon angesprochene Verknappung bzw. Verdichtung von Zeitkontingenten: „Weniger Personal soll nun die gleiche Arbeit leisten oder aber ein unverändertes Team wird mit mehr Arbeit als bisher oder auch mit schwierigerer Arbeit konfrontiert. Beides ist Alltag in der heutigen Praxis Sozialer Arbeit“.⁸

Für das Thema unserer Tagung heißt das: Ausgerechnet in einer Situation, da die psychosozialen Folgen einer langjährigen gesellschaftlichen Fehlentwicklung in Form von wachsender sozialer Polarisierung, zunehmender (Kinder)Armut und ansteigenden Zahlen psychisch belasteter junger Menschen mit voller Wucht auf die Praxis der Jugendhilfe durch-

⁵ Hein u.a. 2007, S.61

⁶ Seithe 2010, S. 15

⁷ aaO, S. 114

⁸ aaO., S. 119

schlagen, geraten ihre Fachlichkeit und ihre Qualitätsstandards verstärkt unter Druck. Was dies für eine präventive und lebensweltorientierte Sozialarbeit bedeutet, haben vor einiger Zeit die Journalisten *Anita* und *Marian Blasberg* in ihrer immer noch lesenswerten ZEIT-Reportage über die „verhinderten Retter vom Jugendamt“ (es ging um das Jugendamt Berlin-Wedding) eindrucksvoll beschrieben⁹. Auch wichtige Jugendhilfe-Expertisen der letzten Jahre haben dieses Problem und die damit verbundenen Risiken unmissverständlich benannt: In seiner Stellungnahme zum Anstieg der Kinderarmut in Deutschland (2009) machte das Bundesjugendkuratorium vor dem Hintergrund des 13. Kinder- und Jugendberichts deutlich, dass es zwischen der Zunahme gesundheitlicher und psychischer Beeinträchtigungen junger Menschen, wie sie von allen einschlägigen Studien belegt werden, und dem Anstieg von Armutszahlen einen inneren Zusammenhang gibt: Wenn das Ausmaß faktischer Belastungen die Bewältigungsressourcen von Familien übersteigt und sie ständig in dem Gefühl leben, daran aus eigener Kraft nichts mehr verändern zu können, dann resultiert daraus zwangsläufig ein Prozess innerer Erschöpfung. Erfahrungen von Kontrollverlust und Selbstunwirksamkeit verstetigen sich und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass im Verhältnis zu Kindern vernachlässigende Umgangsformen die Oberhand gewinnen. Es sind diese Familien, bei denen sich mit erhöhter Wahrscheinlichkeit ein „komplexer Hilfebedarf“ entwickelt – d.h. eine Situation, in der sie gleichzeitig auf Hilfen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Jugendhilfe, die Schule, die berufliche Ausbildung und weitere Institutionen angewiesen sind. Auch der 13. Kinder- und Jugendbericht stützt sich auf eine Argumentation, die den gesellschaftlichen Ursachen des Anstiegs psychischer Belastungen bei jungen Menschen besonderes Gewicht beimisst. Ein Beispiel dafür ist die hohe Zahl von Kindern und Jugendlichen mit Alkohol missbrauchenden bzw. abhängigen Eltern (mehr als zweieinhalb Millionen). Die sich ständig weiter verschärfende Polarisierung von Arm und Reich, so wird dort unter Berufung auf die Gesundheitsforschung argumentiert, verletzt nicht nur ein abstraktes Gerechtigkeitsempfinden im Hinblick auf den materiellen Lebensstandard der Bevölkerungsschichten, sondern führt zu einer Erosion des sozialen Zusammenhalts, des *sozialen Kapitals* der Gesellschaft.¹⁰

2. Zwischen Förderung und Aussonderung: Zur historischen Dimension des Umgangs mit schwierigen Jugendlichen

Die Frage, wie mit „besonders schwierigen“, extrem agierenden Jugendlichen zu verfahren ist, beschäftigt die Jugendhilfe bzw. ihren historischen Vorläufer, die Fürsorgeerziehung, schon seit ihren Anfängen in den Umbrüchen der entstehenden Industriegesellschaft. Die Antworten darauf verliefen während der beiden letzten Jahrhunderte in einer Art Pendelbewegung, deren Extrempunkte vom Gedanken der *Anstaltszucht* auf der einen und der Idee eines persönlich vermittelten *pädagogischen Bezuges* auf der anderen Seite markiert werden.

Schon die Kritik der Aufklärungspädagogik am repressiven Geist der pietistischen Waisenhäuser, die mit dem Waisenhausstreit schließlich zur ersten „Heimkampagne“ der Geschichte führte, ist dafür ein Beispiel. Wie Clemens Hillenbrand in seiner Darstellung

⁹ Blasberg 2008

¹⁰ BMFSFJ 2009, S. 49

zur Ideengeschichte der Pädagogik bei Verhaltensstörungen ausführt, stützt sich Pestalozzi auf eine *moralische* Sichtweise zum Problem auffälliger und schwieriger Kinder. Diese erscheinen als „sittlich verwildert“ und verwahrlost, wobei Pestalozzi den Begriff der Verwahrlosung noch in seiner ursprünglichen, aktivistischen Form benutzt, an die auch das etymologische Wörterbuch erinnert¹¹: verwahrlosen im Sinne von unachtsam behandeln, vernachlässigen. Nur in einer Haltung *allseitiger Besorgung*, so schreibt er in seinem berühmten Stanser Brief, ist eine pädagogische Arbeit mit den von Kriegswirren, Hunger und Krankheit gezeichneten Kindern möglich. Einem ähnlichen Verständnis folgt wenig später auch die religiös geprägte Rettungshausbewegung mit ihrer Idee einer „sittlichen Hebung“ verwahrloster junger Menschen. Vor allem Heinrich Wichern stellt den Gedanken der Erziehung schwieriger Jugendlicher in einen weiten gesellschaftlichen und moralischen Kontext. Die Erziehung, die Wicherns Zöglinge im 1833 gegründeten „Rauhen Haus“ erfahren, ist Teil einer breit angelegten „inneren Missionierung“ der Gesellschaft, einer nach innen gewendeten Missions- und Erweckungsbewegung, mit deren Hilfe die „lebendige Gemeinschaft der Volkskirche“ wiederhergestellt werden soll. Zu diesem Zweck entfaltet Wichern zusätzlich zu seiner theologischen und fürsorgerischen Tätigkeit ausgesprochen politische Ambitionen, die dem Kampf gegen die an Bedeutung zunehmende Arbeiterbewegung gelten. Sein Ziel ist es gleichsam, mit den Mitteln von Erziehung und sittlicher Hebung im Inneren der Gesellschaft christliche Dämme gegen die Flut des Industrialismus und Kommunismus zu errichten. Seine Erziehungspraxis ist getrieben von der Idee, dem äußeren Zerfall der Bindungen mit den Mitteln von Mission und Fürsorge die sittliche Kraft des innerlich gefestigten, im Glauben starken Individuums entgegenzusetzen – Verinnerlichung von Werten statt Klassenkampf¹².

Gegen Ende des neunzehnten Jahrhunderts wandelt sich die Wahrnehmung schwieriger, sozial und psychisch auffälliger junger Menschen grundlegend. Mehr und mehr wird normwidriges Verhalten als charakterliche Abartigkeit und psychische Krankheit gedeutet. 1878 wird das preußische Zwangserziehungsgesetz erlassen, mit dem die Anstaltseinweisung störender Jugendlicher wesentlich erleichtert und der Grundstein für einen breiten Ausbau der Erziehungsanstalten gelegt wird. Eine neue wissenschaftliche Arbeitsrichtung, vertreten vor allem durch Ludwig Strümpell, „entwickelt eine umfangreiche und differenzierte Liste der beobachtbaren Kinderfehler“¹³. In seiner *pädagogischen Pathologie* beschreibt er die Ursachen von Verhaltensstörungen als krankhafte Funktionsprobleme des „psychischen Apparats“ und differenziert dabei zwischen uneingeschränkt, eingeschränkt und überhaupt nicht Bildungsfähigen. Andere gehen noch einen Schritt weiter. Der Arzt Julius Koch prägt den Begriff der psychopathischen Minderwertigkeiten – ein Begriff, der im Jahre 1906 auch in einer Stellungnahme des neu gegründeten AFET zur Zusammenarbeit von Jugendfürsorge und Psychiatrie wieder aufscheint:

„Unter den Fürsorge-Zöglingen findet sich eine erhebliche Zahl von psychisch minderwertigen, krankhaft veranlagten, in der Entwicklung zurückgebliebenen oder abnorm

¹¹ Vgl. Kluge 2002

¹² Vgl. Niemeyer 1997

¹³ Hillenbrand 2008, S.58

gerichteten Individuen“. Gefordert wird, dass verstärkt psychiatrisch geschulte Ärzte an den Aufgaben der Fürsorgeerziehung beteiligt werden sollen.¹⁴

Mit Begriffen wie krankhaft und minderwertig klingt hier bereits ein Motiv an, das in der Fürsorgeerziehung des frühen zwanzigsten Jahrhunderts bald zu einer grundsätzlichen Kontroverse über die „Grenzen der Erziehung“ führt. Es geht um die Frage, wie mit den so genannten „Unerziehbaren“ verfahren werden soll. Selbst der als liberaler Strafrechtsreformer bekannte Franz v. Liszt trägt mit seiner rigiden Unterscheidung von Besserungsfähigen und *Unerziehbaren* zur Festigung jenes ambivalenten Erziehungsdenkens bei, das die Gründerzeit der Jugend- und Straffälligenhilfe am Ende des 19. Jahrhunderts so auffällig dominiert. In seiner Studie über die Entstehung der Jugendfürsorge spricht *Detlev Peukert*¹⁵ von einer „janusköpfigen“ Entwicklung: Pädagogische Zuwendung sollen nur die Besserungsfähigen erhalten, was im Umkehrschluss heißt: Ausgrenzung und Sonderbehandlung für den Rest. Die folgende Äußerung *Franz v. Liszts* bringt dies prototypisch zum Ausdruck. In ihrer Ambivalenz von Hilfe und Repression beschreibt sie eine Denkweise, die der Jugendhilfe des zwanzigsten Jahrhunderts bis in die sechziger Jahre ihren Stempel aufgeprägt hat („wir werden euch helfen“):

„Bettler und Vagabunden, Prostituierte beiderlei Geschlechts und Alkoholisten, Gauner und Halbweltmenschen im weitesten Sinne, geistig und körperlich Degenerierte – sie alle bilden das Heer der grundsätzlichen Gegner der Gesellschaftsordnung“... „Sicherheitshaft für Gewohnheitsverbrecher: Arbeitshaus mit militärischer Strenge ohne Federlesen und so billig wie möglich, wenn auch die Kerle zugrunde gehen...; muss unschädlich gemacht werden.“¹⁶

Eine weitere Radikalisierung findet das Bild des pathologischen und aufrührerischen Jugendlichen um 1912 in der Figur des „Halbstarken“ beim Hamburger Pfarrer Clemens Schulz – ein Schimpfwort, das im gesellschaftlichen Klima Westdeutschlands um die Mitte der 50er-Jahre im Zusammenhang mit den ersten Jugendunruhen der Nachkriegszeit nicht zufällig noch einmal ein come back erlebt.

Auf der anderen Seite des „Pendels“ entwickeln sich im gleichen Zeitraum die klassischen Ansätze für einen therapeutischen Umgang mit psychisch kranken Jugendlichen. Die in der Nachfolge Sigmund Freuds stehenden Vertreter einer psychoanalytischen Pädagogik setzen insbesondere für die Heimerziehung, aber auch für die Erziehungsberatung neue Akzente. *August Aichhorn* sieht in Phänomenen der Verwahrlosung nicht mehr eine charakterliche Minderwertigkeit des Jugendlichen, sondern den unbewussten Ausdruck traumatischer Lebenserfahrungen, deren familiäre und biografische Ursachen zunächst einmal in geduldiger Rekonstruktion *verstanden* werden müssen¹⁷. Auch *Siegfried Bernfeld* geht es in der Arbeit mit psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen um einen radikalen Neuanfang. Der *Eigensinn* schwieriger, ungewöhnlich agierender Kinder soll ernst genommen, ihr *sozialer Ort* (heute würde wir sagen: ihre Lebenswelt) bei der

¹⁴ AFET 1906

¹⁵ Peukert 1986

¹⁶ Zit. Nach Peukert 1986, S. 76

¹⁷ Aichhorn 1925

Gestaltung pädagogischer Hilfen berücksichtigt werden¹⁸. Von ähnlichen Überlegungen sind ca. zwei Jahrzehnte später die Ansätze von Bruno Bettelheim und Fritz Redl getragen. Im amerikanischen Exil entwickeln sie ihr Konzept des *therapeutischen Milieus*, dessen Bedeutung für die moderne Heimerziehung, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sozialtherapeutischen Anstalten oder die Drogentherapie schwerlich zu überschätzen ist¹⁹. In minutiösen Fallbeschreibungen zeigt Bettelheim auf, dass Beziehungsarbeit mit psychisch kranken Jugendlichen nur dort möglich ist, wo auch Erzieher und Therapeuten sich einer schonungslosen Selbstreflexion aussetzen, und dass dies nur im Rahmen eines stabilen Teams gelingen kann. Redl entwickelt mit seinen an der Ich-Psychologie orientierten Beobachtungen von „Kindern, die hassen“ einen neuen Blick auf das Verständnis von Jugenddelinquenz und Gewalt. Die Handlungsweisen dieser hoch delinquenten Kinder werden von ihm als Ergebnis fehlender Selbstkontrolle und als Versuche zur Schuldvermeidung betrachtet. Von seinen systematischen Beschreibungen der Abwehrmechanismen und *Neutralisierungstechniken* junger Delinquenten haben neben der sozialtherapeutischen Arbeit in Jugendgefängnissen in auch die neueren Konzepte des Sozialen Trainings bzw. des Antigewalt-Trainings viel profitiert.

Dass der von Bernfeld und anderen Reformpädagogen verwendete Begriff von den *Grenzen der Erziehung* wenig später für einen aggressiven Aussonderungs- und Vernichtungsdiskurs gegenüber vermeintlich erziehungsunfähigen jungen Menschen missbraucht wird, zeigt, auf welch schmale Grat sich die Ansätze einer pädagogisch-therapeutischen Erziehungspraxis in dieser Zeit bewegen. In den Selektionspraktiken, die den Umgang mit psychisch auffälligen Jugendlichen im aufkommenden Nationalsozialismus bestimmen, mischt sich ein totalitäres Politikverständnis mit theologischen Versatzstücken von Erbsünde; rassebiologische Pseudowissenschaft verbindet sich mit einem technischen Herrschaftsanspruch, der sich ganz und gar modern präsentiert. Immer mehr Vorschläge, die sich mit der Aussonderung der so genannten Schwer- und Unerziehbaren befassen und den neuen Machthabern eilfertige Verfahrensvorschläge für die „Reinigung“ der Fürsorgeerziehung von unerwünschten Elementen und Schädlingen machen, drängen an die Öffentlichkeit. So äußert der Leiter des Landesjugendamts der Rheinprovinz Hecker bereits 1931: „Das Problem der FE ist ein Problem der Reinigung! Aber nicht eine Reinigung von ungeeigneten Erziehern, sondern vielmehr von ungeeigneten Zöglingen.“²⁰

Die Hitlerjugend, die seit 1933 das Monopol auf sämtliche Angelegenheiten der Jugend besitzt, erhält ein Mitspracherecht an den Schulen. Gesonderte nationalpolitische Erziehungsanstalten (NAPOLAs) werden gegründet. Auf wissenschaftlichem Gebiet erweisen sich die nationalsozialistischen Vorstellungen von Rassenhygiene als anschlussfähig an bereits bestehende Theorien über Eugenik. Auch reformpädagogische Ideen können in dieser Gemengelage in die neue Ideologie eingeschmolzen werden und nichts eignet sich für den Anspruch auf lustvolle Selbsthingabe an das Führerprinzip so sehr wie die Gemeinschaftssehnsucht der Jugendbewegung. In pädagogischer Hinsicht erweist sich das Geschick des nationalsozialistischen Herrschaftssystems in der Fähigkeit, das schon lange zuvor erprobte Konzept der geschlossenen Disziplinaranstalt noch einmal gezielt zu radikalisieren und es zum Kern seiner gesamten Gesellschaftsauffassung zu machen. Schon in

¹⁸ Bernfeld 1925

¹⁹ Bettelheim 1975; Redl/Wineman 1979

²⁰ zit. nach Peukert 1986, S.252

den Jahren vor der „Machtergreifung“ hatte sich der Zugriff des Nationalsozialismus auf das Gebiet der Sozialpädagogik in einem aggressiven Ausgrenzungsdiskurs gegen angeblich Schwer- oder Nichterziehbare angekündigt.

„Rassebiologie war bis 1933 unter Sozialpädagogen nicht mehrheitsfähig gewesen. Aber sie war in einem auf Auslese und ‚Säuberung‘ gerichteten Diskurs auch nicht nur nicht störend, sondern konnte als willkommenener ideologischer Überbau dienen, wenn die sozialpädagogischen Auslesestrategien den neuen Machthabern schmackhaft gemacht werden sollten. Insofern hatten sich 1933 zwei bis dato unterschiedliche Gruppen gesucht und gefunden. Nur diese Konstellation erklärt, warum viele Sozialpädagogen sich nicht nur mit fliegenden Fahnen der ‚nationalen Revolution‘ anschlossen, sondern sogar den neuen Machthabern ihre langgehegten Ausleseprojekte aufzuschwätzen versuchten.“²¹

Während die Fürsorgeerziehung auf nationalsozialistische Erziehungsideen eingeschwo- ren wird – bzw. sich auf sie einschwören lässt –, werden die reformpädagogischen Ansät- ze einer offenen, die Autonomie des Subjekts achtenden Erziehungsauffassung administ- rativ unterbunden und der Lächerlichkeit preisgegeben. Nur der Gemeinschaftsgedanke wird aufgegriffen und dem nationalsozialistischen Konstrukt der Volksgemeinschaft ein- verleibt. Im Bereich des Jugendstrafvollzugs und der Jugendpsychiatrie werden kriminal- biologische Sammelstellen und ein kriminalbiologischer Dienst eingerichtet – vorzugs- weise in der Nähe von Universitäten mit gerichtsmedizinischen Fakultäten. Auf der Grundlage des „Gesetzes gegen zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von 1933 liegt ihre Funktion darin, so genannte Volksschädlinge wie Gewohnheitsverbrecher und geistig-seelisch Minderwertige herauszufiltern und sie bei entsprechender Diagnose einer Zwangssterilisierung zuzuführen. Am Beispiel von Werner Villingen, zunächst leitender Oberarzt am Landesjugendamt Hamburg, 1934 bis 1940 Chefarzt in Bethel und ab 1954 Inhaber des ersten jugendpsychiatrischen Lehrstuhls in der Bundesrepublik in Marburg, lässt sich verdeutlichen, von welcher Denkweise der Aussonderungsdiskurs gegen die „Unerziehbaren“ in weiten Teilen der Jugendfürsorge getragen ist. Um aus der Debatte über die Grenzen der Erziehung endlich die schon lange angestrebten praktischen Kon- sequenzen ziehen zu können, sind auch Jugendfürsorge, Strafvollzug und Psychiatrie gefragt. Bei der Verwirklichung der Ideologie von der Ausmerzung bzw. „Ausscheidung“ alles Minderwertigen aus dem Volkskörper spielen sie eine entscheidende Rolle. *Werner Villingen* hatte in diesem Zusammenhang bereits 1927 geschrieben:

„Nicht die absolut Unerziehbaren sind es, die die Frage nach den Grenzen der Erziehung immer wieder in den Mittelpunkt des Interesses rücken, sondern jenes große Heer von Grenzfällen, jene dissozialen Jugendlichen, die als Kriminelle, Vagabunden, Prostituierte, Süchtige, Arbeitsscheue, Renten- und Kriegsneurotiker, Revolutionäre, Querulanten usw. sich nicht in den Rahmen des Gemeinschaftslebens einzufügen vermögen.“²²

In einem zynischen Rückblick auf die Verhältnisse in den Fürsorgeheimen am Ende der Weimarer Republik lobt Villingen in einem Beitrag über Erziehung und Erziehbarkeit die Ruhe, die in den Heimen inzwischen eingekehrt sei.

²¹ Peukert/Münchmeier, 1990, S. 25

²² Zit. Nach Peukert 1986, S. 249

„Sie sind wie ausgestorben, jene widerspenstigen Lümmel, die einst die öffentlichen und privaten Fürsorgeerziehungsanstalten bevölkerten und nach Belieben die *Revolten im Erziehungshaus* inszenierten.“²³

Mit groteskem Ordnungswahn und abschreckender Konsequenz wird der nationalsozialistische Erziehungsterror während des Krieges in den so genannten Jugendschutzlager Moringen (für Jungen) und Uckermark (für Mädchen) auf die Spitze getrieben²⁴. Schon die organisatorische Struktur dieser Einrichtungen war darauf angelegt, das Prinzip der Selektion „erblich kriminell belasteter Jugendlicher“ demonstrativ zu unterstreichen und damit für eine Vielzahl anderer Heime als Orientierung zu dienen.

Um das Bild des Pendels noch einmal zu gebrauchen: Zwar wird nach dem Krieg an vielen Stellen der westdeutschen Jugendfürsorge Anschluss an die unterbrochene sozialpädagogische Tradition der zwanziger Jahre gesucht, doch etablieren sich im Bereich der öffentlichen Erziehung, also in einem vermeintlich „offenen“ Erziehungsfeld, zugleich Strukturen eines faktischen Freiheitsentzugs. Das Einschließen schwieriger, psychisch und sozial auffälliger Jugendlicher vollzieht sich nun oft in einer Art Grauzone, wird nach Kräften übertüncht, klein geredet, gerechtfertigt oder geleugnet, bei Bedarf aber rücksichtslos durchgesetzt und mit einem erneuten Rückgriff auf die Konstruktion des abnormen, charakterlich abartigen, erziehungsunfähigen Jugendlichen legitimiert. Die öffentliche Kontrolle des Geschehens in den Erziehungsheimen des Landes ist lückenhaft, so dass einflussreiche Kräfte von Jugendhilfe, Justiz und Jugendpsychiatrie an den unterbrochenen, aber eben nicht überwundenen Ideologien von einer Sonderbehandlung „Unerziehbarer“ anknüpfen können. Noch im AFET-Mitglieder-Rundbrief von 1955/56 verlangt der Marburger Jugendpsychiater *Hermann Stutte* die „Einrichtung einiger weniger (Bewahrungs)-Heime auf überregionaler Basis für nicht geistesranke und geistesschwache, aber hochgradig charakterlich abartige Jugendliche, die Möglichkeiten zur Arbeitstherapie, aber auch zu einer heilpädagogisch orientierten Individualbehandlung machen sollten“²⁵.

An einer anderen Stelle des Beitrags nimmt er Bezug auf die seit Beginn der fünfziger Jahre erneut aufgekommene Diskussion zur „sozialpädagogischen Sonderbehandlung der Schwererziehbaren“, die mit den verfügbaren Mitteln der Jugendfürsorge nicht zu fördern seien²⁶. Zugleich beharrt er damit gegenüber den Vertretern einer biografisch und psychoanalytisch orientierten Pädagogik auf dem Konzept biologisch-organisch determinierter Verhaltensauffälligkeiten. Dazu *C. Kuhlmann* und *C. Schrapper*:

„Aus heutiger Sicht erstaunlich wirkt die Unschuld der Argumente, mit denen insbesondere Jugendpsychiater immer noch (bzw. schon wieder) ihre Kriterien und Rubriken zum Verständnis und zur Einordnung jugendlicher Unerziehbarkeit entfalteten.“²⁷

Erst durch die Aktionen der „Heimkampagne“ werden die in weiten Teilen der Fürsorgeerziehung herrschenden Formen von Repression, Zwang und Einschluss einer größeren

²³ zit. nach Schäfer 2000, S.12

²⁴ Neugebauer 1997

²⁵ Stutte in AFET 1955/56, S.31, 36, 37

²⁶ so bereits Stutte in AFET 1951

²⁷ Kuhlmann/Schrapper 2001, S. 300

Öffentlichkeit bewusst gemacht. Aber es dauert abermals drei bis vier Jahrzehnte, bis die Leidtragenden jahrelanger erzieherischer Willkür ihre Scham überwinden und offen über ihre Traumatisierung sprechen können²⁸. Der 2006 erschienene Bericht von *Peter Wensierski* beschreibt diese „Wiederkehr des Verdrängten“ in zahllosen Einzelbeispielen, berichtet von verzweifelte Versuchen der Gegenwehr und von der Resignation derer, denen man ihre im wahrsten Sinne unglaublichen Geschichten tatsächlich nicht glaubt²⁹. Vergleichbare Erfahrungen machen in der DDR die Insassen des Jugendwerkhofs in Torgau, dem als Spezialeinrichtung im Kontext der DDR-Werkhoferziehung eine herausgehobene Disziplinierungsfunktion zukommt³⁰.

Sicherlich lassen sich die hier angedeuteten historischen Abläufe im Überschneidungsbereich von Jugendfürsorge, Justiz und Psychiatrie nicht auf *ein* übergreifendes Muster reduzieren. Ein wiederkehrendes Element lässt sich aber erkennen: Mit großer Regelmäßigkeit setzten sich in der Diskussion über schwierige, psychisch auffällige Jugendliche Sichtweisen durch, die diese Klientel jeweils als pädagogische *Restgruppe* behandelten, sei es im Bereich der Schule mit ihrem Sonderschulwesen oder in der Heimerziehung mit ihren verdeckten Abschiebungspraktiken in Richtung Psychiatrie und Justiz. Wenn die Metapher des „Pendels“ stimmig bleiben soll, muss man also hinzufügen: Stets hatte dieses Pendel eine starke Unwucht. Über viele Jahrzehnte überwogen bei der Beschreibung solcher Restgruppen Begriffe wie psychisch minderwertig, krankhaft veranlagt, abnorm, schwer erziehbar, unerziehbar, „praktisch“ unerziehbar u.ä., die stets die Funktion hatten, diese Jugendlichen zum Zweck einer gesonderten Betreuung in gesonderten Institutionen mit gesondertem Personal unterzubringen. Wie sehr das Jugendhilfesystem selbst am Zustandekommen solcher Restgruppen beteiligt war (und ist) und wie sehr es die „Verschiebebahnhöfe“ zwischen den beteiligten Institutionen – einschließlich des Bedarfs an geschlossenen Einrichtungen – mit produziert, wurde erst in neuerer Zeit ernsthaft diskutiert³¹.

Für die Schwierigen, auch das macht der Rückblick deutlich, waren aus der Sicht derer, die sie als solche definierten, meist *andere* zuständig. Was mit seriös klingenden Begriffen wie „ultima ratio“ scheinbar wissenschaftlich umschrieben wurde, glich in Wirklichkeit oft mehr dem Hin- und Herschieben einer heißen Kartoffel. Besonders widersinnig war dieses Roulette-Spiel stets dann, wenn eine Institution jeweils die andere als „ultima ratio“ bezeichnete. Die deprimierenden „institutionellen Karrieren“ junger Menschen mit ihren permanenten Beziehungsabbrüchen, die in der Forschung über Heime, Jugendpsychiatrien und Gefängnisse seit langem beschrieben, aber erst durch die aktuelle Diskussion über die Heimerziehungspraktiken der fünfziger bis siebziger Jahre öffentlich wahrgenommen wurden, haben hier einen wesentlichen Grund. Über die Widersprüche, die daraus entstehen, dass dissoziale Jugendliche sich in gemeinsamen Gruppen mit anderen dissozialen Jugendlichen Erfahrungen *sozialen Lernens* aneignen sollen, diskutieren wir noch heute.

²⁸ Kappeler 2009

²⁹ Wensierski 2006

³⁰ Zimmermann 2006

³¹ Gintzel/Schöne 1990

3. Psychisch belastete Jugendliche in der Jugendhilfe: Befunde und Einschätzungen

Im Folgenden beziehe ich mich auf eine Reihe von Befunden über psychisch stark belastete Jugendliche in Einrichtungen der Jugendhilfe und gehe dabei auch auf die Frage der Kooperation zwischen Jugendhilfe, Psychiatrie und *Schule* mit ein – die als „Dritter im Bunde“ für eine Verbesserung von Kooperationsstrukturen immer wichtiger wird. Ich beginne mit einigen Stichworten zu den Ergebnissen der 1998 vom Bundesjugendministerium veröffentlichten Studie über Leistungen und Grenzen der Heimerziehung – kurz „Jule-Studie“³². Danach waren bei Jugendlichen in stationärer Betreuung folgende Merkmale besonders ausgeprägt:

- *Häufige Einrichtungswechsel* und dementsprechend einschneidende Erfahrungen mit Beziehungsabbrüchen. Von ihrer Vorgeschichte her weist die Gruppe der „häufigen Wechsler“ besonders starke Belastungen auf: chaotische Familienverhältnisse, Gefängnisaufenthalte und Alkoholabhängigkeit der Eltern; ständig wechselnde Betreuungspersonen u.a.
- *Drogengebrauch/Abhängigkeit*: Für Erzieherteams liegt hier regelmäßig ein besonderes Problem, weil der Drogengebrauch Einzelner schnell die Gruppe als Ganzes gefährdet. Daraus resultiert die in Jugendhilfemaßnahmen verbreitete Unsicherheit: Sind *wir* für drogenabhängige Jugendliche zuständig?
- *Migrationshintergrund*: Hier hob die Studie hervor, dass Fälle von einseitiger Beendigung der Erziehungshilfe bei Eltern von Jugendlichen mit Migrationshintergrund signifikant häufiger waren als bei den Eltern deutscher Jugendlicher; als weiteres Problem wurde das weitgehende Fehlen von Fachkräften genannt, die die kulturellen Hintergründe der Jugendlichen aus eigener Erfahrung kennen³³.
- *Sexuelle Übergriffe*: 40 Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Jungen in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe haben laut Jule-Studie sexuelle Übergriffe erlebt. In 45 Prozent dieser Fälle wurde die erzieherische Hilfe erfolgreich, in 42 Prozent als gescheitert bewertet.
- *Gewalterfahrungen*: Da Jugendliche mit wiederholten Gewalterfahrungen in besonderer Weise dazu neigen, selbst erlebte Gewalt „auszuagieren“, liegt hier ein Dauerthema jeder institutionellen Gruppenerziehung (Heim, Gefängnis, Psychiatrie). In leichteren „Schweregraden“ ist dies noch einigermaßen zu bewältigen. Sobald das Thema Gewalt aber die Gruppendynamik bestimmt, führt dies jedoch auch bei erfahrenen Erzieherteams zu Überforderung.

Exkurs zum Thema Gewalt: Welche Rolle das Thema Gewalt im Strafvollzug und im Maßregelvollzug spielt, arbeitet *Ferdinand Sutterlüty* in seiner Studie über Gewaltkarrieren anhand ausführlicher narrativ-biografischer Interviews mit inhaftierten Tätern heraus. Gezeigt wird, dass wir es in diesen Bereichen häufig mit schwersten Ausprägungen einer Gewaltorientierung zu tun haben, die schon sehr früh gelernt und internalisiert wurde³⁴. Gewalt wird zu einer intensiven, rauschhaften Erfahrung, die sich im Extremfall mit einem Genuss am Leiden des Opfers verbindet: „Gleichwohl sind die physischen Leiden

³² BMFSFJ 1998

³³ Schwabe 2001, S. 9

³⁴ vgl. dazu auch Brünger/Weissbeck 2008

des Opfers für die jugendlichen Täter nicht immer nur ein unbeabsichtigter Nebeneffekt ihrer Gewalt, sondern in vielen Fällen das, wonach sie trachten... Die motivierende Wirkung der Lust an der Zufügung von Schmerzen kann... so weit gehen, dass die Verletzbarkeit des Opfers einen solchen Sog ausübt, dass der Täter nicht einhalten kann, ehe sich das Opfer vor Schmerzen krümmt³⁵. Beispiele für einen solchen „Genuss am Leiden des Opfers“ kennen wir aus Beschreibungen aus dem Alltag des Jugendstrafvollzugs³⁶, aber auch aus journalistischen und literarischen Darstellungen³⁷.

Aktuelle Daten über Art und Verbreitung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind dem 2007 veröffentlichten, repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) zu entnehmen, für den bei ca. 15.000 Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren Daten zur psychischen Gesundheit erhoben wurden. Auch in dieser Untersuchung bestätigte sich der oben angesprochene Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit bzw. Verhaltensauffälligkeiten.

„23,2% der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Status zeigten Hinweise auf psychische Probleme. Kinder mit Migrationshintergrund sind dabei häufiger betroffen... Ungünstiges Familienklima und niedriger sozioökonomischer Status gelten in der parallel durchgeführten BELLA-Studie als eindeutige Risikofaktoren für die Entstehung einer psychischen Störung im Kindes- und Jugendalter. Bei gleichzeitigem Vorliegen mehrerer Risikofaktoren nehmen Hinweise auf psychische Auffälligkeit zu.“³⁸.

Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang nicht nur, dass Armut generell als Risikofaktor für psychische Belastungen und Erkrankungen anzusehen ist; zu beachten ist darüber hinaus, dass bestehende psychische Störungen in vielen Fällen lange unentdeckt und daher unbehandelt bleiben. Insbesondere bei Kindern mit früh ausgeprägter Symptomatik („early starters“) erhöht sich dadurch das Risiko, dass es im Laufe der Zeit zu verfestigten antisozialen Persönlichkeitsstörungen kommt³⁹ – meist noch verstärkt durch den Gebrauch von Alkohol und Drogen. Einmal mehr unterstreichen solche Daten die Bedeutung primärpräventiver Schul- und Jugendhilfe-Angebote zum Aufbau sozialer Kompetenz, aber auch sekundär- und tertiärpräventiver Hilfen für psychisch gefährdete Jugendliche.

Eine Übersicht über Daten zur stationären Betreuung von schwer vernachlässigten bis traumatisierten Kindern und Jugendlichen findet sich in einem kürzlich erschienenen Aufsatz von Marc Schmid⁴⁰. Der Autor referiert dort eine Reihe deutscher und angelsächsischer Studien, die den Anteil dieser Klientel in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe bei 60 Prozent und mehr sehen. Dabei überwiegen externalisierende Störungen bis hin zu aggressivem Verhalten und Delinquenz, aber auch internalisierende Störungen (Depressionen, Angst, Essstörungen u.a.) sind häufig. Hervorgehoben wird vor allem die Bedeutung komplexer Störungsbilder mit entsprechend ausgedehnten „Symptomclustern“.

³⁵ Sutterlüty 2003, S.81; „wollt’s denn ooch knacken hören“; S.49

³⁶ Kersten/v.Wolffersdorff-Ehlert 1980

³⁷ vgl. Bill Bufords Bericht über Hooligans 1992 oder Robert Musils Roman über die Verwirrungen des Zöglings Törleß

³⁸ Brünger/Weißbeck 2008, S.8

³⁹ aaO., S. 9

⁴⁰ Fegert u.a. 2010, S.36ff

In kaum einem anderen psychosozialen Bereich leben so viele junge Menschen mit schwer belastenden Lebenserfahrungen bis hin zur Traumatisierung wie in der stationären Jugendhilfe⁴¹. Was die Qualifikationsstruktur der Heime betrifft, so klafft hier nach wie vor eine erhebliche Lücke, zumal der neuere Rückgang in den Heimbelegungszahlen mit einer Reduktion des Fachpersonals einherging⁴².

„In der ersten Ulmer Heimkinderstudie wurde 689 Kinder und Jugendliche aus der stationären Jugendhilfe untersucht, wovon 60% ...die Diagnosekriterien einer kinder-und jugendpsychiatrischen Störung nach ICD-10-Kriterien erfüllten.“⁴³.

Hinzu kommt, dass Heimkinder oftmals nicht nur einzelne traumatische Erlebnisse hatten, sondern mehrfache Traumatisierungen durchlebt haben, so dass es sich bei den daraus resultierenden Belastungen vielfach um *chronische* Zustände handelt⁴⁴. Im Blick auf die Bindungsthematik sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse einer Untersuchung von *Roland Schleiffer* von Interesse, der zufolge nur zwei von 72 untersuchten Heimkindern ein sicheres Bindungsverhalten zeigten⁴⁵.

Was diese Befunde für die praktische Erziehungs- und Beziehungsarbeit im Heimaltag bedeutet, möchte ich weiter unten in einem eigenen Abschnitt behandeln. Zuvor will ich kurz auf eine Reihe von Studien eingehen, die nach der Verantwortung der Jugendhilfe selbst für das Zustandekommen von „Erziehungshilfekarrieren“ fragen. Schon in den achtziger Jahren veröffentlichte *Werner Freigang* eine Studie über das „Verlegen und Abschieben“ schwieriger Jugendlicher, in der die oftmals verdeckt wirkenden Mechanismen des Delegierens von Problemen bzw. Fällen kritisch beleuchtet wurden⁴⁶. In einem vielbeachteten Aufsatz über Erziehungshilfekarrieren formulierte *Jürgen Blandow* in den neunziger Jahren anhand der Fallgeschichte eines *schwierigen* Jugendlichen die Kritik einer Jugendhilfepraxis, die in progressiver Selbstzufriedenheit über ihre inzwischen erreichte fachliche Ausdifferenzierung zuweilen übersieht, dass sie psychisch labile Jugendliche mit dem ständigen Ausprobieren neuer Erziehungsarrangements oftmals schlicht überfordert. Hintergrund des Beitrags waren seinerzeit die bei erlebnispädagogischen Auslandsprojekten (in diesem Fall: Kuttula, Finnland) aufgetretenen Probleme, aber Blandows Analyse ging tiefer. Die moderne Jugendhilfe, so seine Kritik, hat sich „in dem Bemühen, eine Antithese zum früheren repressiven Jugendhilfesystem zu schaffen, selbst (oder besser: ihren Klienten) ein Bein gestellt. Sie reproduziert das, was sie zu bekämpfen vorgibt, ...und in Angst darum, als repressiv verschrien zu werden, vernachlässigt sie vitale Bedürfnisse von „schwierigen“ Kindern: nach Sicherheit, Überschaubarkeit, Eindeutigkeit, Schutz...“⁴⁷.

Ähnlich kritische und selbstkritische Einsichten in die Widersprüchlichkeit moderner Jugendhilfestrukturen finden sich einige Jahre später in den Berichten von *Christian Schrapfer*, *Sabine Ader* u.a. über ein praxisbezogenes Forschungsprojekt zur Situation „schwie-

⁴¹ Ebd.

⁴² Rauschenbach/Schilling 2008

⁴³ Schmid 2010, S.38

⁴⁴ aaO., S. 37

⁴⁵ Schleiffer 2001, S.120f

⁴⁶ Freigang 1986

⁴⁷ Blandow 1996, S. 183

riger Kinder“ in der Jugendhilfe⁴⁸. Auch in dieser Untersuchung geht es um die Erkenntnis, dass die Jugendhilfe vor allem in *Überlastungssituationen* selbst dazu neigt, die Ausgrenzung von Jugendlichen fortzusetzen, auch wenn sie dies nicht bewusst beabsichtigt und mit Formeln wie Abklärungsbedarf oder Überforderung („wir wissen bei diesem Jugendlichen nicht mehr weiter“) oft wirksam rationalisieren kann.

„Schwierige Kinder konfrontieren die sozialpädagogische Profession mit den Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeit und zugleich werden an ihnen die Grenzüberschreitungen individueller, familiärer und gesellschaftlich verursachter Verletzung von Kindern besonders deutlich“.⁴⁹

Rekonstruiert man die Lebenserfahrungen von Jugendlichen mit langer Unterbringungskarriere, dann werden die Gründe für die von Schrapper angesprochene Grenzerfahrung klarer: Auf Seiten des Jugendlichen überwiegt Enttäuschung, und zwar in der tieferen Bedeutung des Wortes, dass nämlich der Ent-Täuschung im Leben des Jugendlichen zu meist eine Kette von Täuschungen vorausgegangen ist. Hinzu kommen Misstrauen und wiederholte Provokationen, die das Ziel verfolgen, Personen und Einrichtungen auszutesen: Wie weit muss ich gehen, bis auch ihr mich wieder fallen lasst? Im Gegenzug (so erlebt es der Jugendliche) droht das Hilfesystem mit Beziehungsabbruch oder Verlegungen. Im Extremfall reicht es ihn an Psychiatrie oder Justiz weiter. Auch die vorliegenden Studien zur geschlossenen Unterbringung haben diesen Zusammenhang wiederholt behandelt⁵⁰.

4. Zur Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule

Die Probleme, die einer Verbesserung der Kooperationsbeziehungen zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie im Wege stehen, sind in der neueren Fachliteratur so oft beschrieben worden⁵¹, dass an dieser Stelle wenige Stichworte genügen. Vom lang anhaltenden „antipsychiatrischen Misstrauen“ in der Sozialen Arbeit war schon die Rede. Weitere Ursachen für Kooperationsprobleme sind das Statusgefälle zwischen den beiden Professionen, d.h. die höhere Definitionsmacht psychiatrischer Diagnosen („der Herr Doktor hat gesagt“); mangelnde Kenntnis der jeweils anderen Seite; Rückzug in die vertraute Routine der eigenen Bezugsgruppe; wechselseitige Vorwürfe („ihr wartet zu lange, bis ihr die KJPP einbezieht“; dagegen: „wir wollen keine Psychiatisierung von Fällen...“). Nicht überall, wo Kooperation drauf steht, ist auch wirklich Kooperation drin, so das trockene Resümee von Jörg Baur und Georg Kaesehagen-Schwehn im Handbuch Jugendhilfe/Jugendpsychiatrie⁵². Zwei Gründe erscheinen dafür ausschlaggebend: Erstens: Das Zustandekommen verbindlicher Kooperation ist an Voraussetzungen gebunden, die weder durch Appelle noch durch Anordnungen geschaffen werden können, sondern paradoxerweise erst durch kooperative Prozesse in Gang kommen können⁵³. Zweitens: Wer es ernst meint mit Kooperation, wird zunächst einmal mit einem Bedürfnis nach Abgrenzung konfron-

⁴⁸ Henkel u.a. 2002

⁴⁹ aaO., S. 16

⁵⁰ vgl. Hoops/Permien 2006, v.Wolffersdorff u.a. 1996; Pankofer 1997; Stadler 2005

⁵¹ vgl. Fegert/Schrapper 2004

⁵² Baur/Kaesehagen-Schwehn 2004, S. 577

⁵³ Ebd.

tiert, das nicht einfach übersprungen werden kann – d.h., wer Kooperation will, muss auch über Differenzen reden.

Dieses Miteinander-Reden zu erleichtern, war in letzter Zeit das Ziel verschiedener Ansätze, mit Hilfe von lokalen bzw. regionalen Kooperationsvereinbarungen zu einer Verbesserung der wechselseitigen Beziehungen zu gelangen. In einer Untersuchung, die von 2008 bis 2009 zusammen mit dem Jugendamt Leipzig an der Universität Leipzig durchgeführt wurde, haben wir ein solches Projekt begleitet, das sich auf die Kooperation in Fällen von „komplexem Hilfebedarf“ bezog⁵⁴. Wie die Auswertung zeigte, konnten mit Hilfe der Kooperationsvereinbarung in wichtigen Punkten Verbesserungen erreicht werden: Mehr Transparenz in den Verfahrensabläufen, mehr Klarheit im Zusammenhang mit Fallsteuerung und Fallverantwortung, mehr Verbindlichkeit in der Einhaltung von Absprachen, mehr Beteiligung von Eltern – und vor allem: eine genauere Kenntnis der jeweils anderen Seite.

Ein zentrales Ergebnis der Studie war, dass auch die *Schulen* mehr als bislang in das Kooperationsnetzwerk Jugendhilfe und Psychiatrie einbezogen werden müssen. Denn während die ständig geforderte Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule in Wirklichkeit nur in homöopathischen Schritten in Gang kommt (was sich insbesondere am bislang geringen Ausbau der Schulsozialarbeit zeigt), wächst im Schulalltag der Problemdruck. Dabei ist das Bedürfnis, sich für eine Kooperation über bisherige Systemgrenzen hinweg zu öffnen, nach unseren Ergebnissen bei Lehrern viel stärker verbreitet, als es von außen den Anschein hat. Nur: Wer sich auf diesem Feld zu engagieren versucht, nimmt damit das Risiko in Kauf, früher oder später in eine Einzelkämpferrolle abgedrängt zu werden („toll, dass Du das machst, *aber...*“). Insbesondere gilt dies im Blick auf psychisch auffällige Jugendliche mit „komplexem Hilfebedarf“. Alles in allem: Schulen befinden sich an diesem Punkt in einem offenkundigen Dilemma, weil jeder über den Unterricht hinausgehende Einsatz für die Betreuung „schwieriger“ Schüler zeitraubend und konfliktträchtig ist. Typisch waren in diesem Zusammenhang Äußerungen von Lehrer/innen, man wisse viel zu wenig darüber, was die Kinder dort (in der KJPP) die ganze Zeit machen, oder man habe zu wenig Informationen über die Einrichtung, in der ein Schüler betreut wurde. Ich habe aus unseren Schulinterviews einige Passagen herausgesucht, die dieses Dilemma sichtbar machen. Im ersten Beispiel sieht sich die Lehrerin in die Entlassungsphase eines Schülers nach einem längeren klinischen Aufenthalt nicht genügend einbezogen, äußert aber zugleich eine (bei genauerer Betrachtung unrealistische) Maximalerwartung an die Leistungsfähigkeit der Psychiatrie:

Lehrerin: „Der negative Knackpunkt war für mich, dass festgestellt wurde: Er ist nicht gruppentauglich... Und als er dann zurückkam, da habe ich gesagt: Geht ja eigentlich gar nicht. Das ist Sache der Psychiatrie, sich darum zu kümmern, dass der Junge gruppentauglich wird. Die haben Lehrer dort, die haben Psychologen, die haben also *beide* Seiten. Da muss es also möglich sein, dem Jungen zu helfen! Da war ich dann auch ziemlich geplättet und auch hilflos, wo ich dann gesagt habe: ‚Ja und was mach *ich* jetzt?‘“

Eine andere Lehrerin beschreibt ihre Wahrnehmung, dass der Hilfebedarf besonders in den unteren Schulkassen zunimmt, und berichtet von einer wachsenden Anzahl von Ein-

⁵⁴ Stadt Leipzig/Universität Leipzig 2010

zelfallen mit extremen Auffälligkeiten, „wo einfach eine ganz intensive Einzelbetreuung rein muss in die Familien. Es gibt eine Zunahme bei den kleineren Kindern, eigentlich in einem wahnsinnig großen Ausmaß..., also zum Beispiel sexueller Missbrauch..., dann Vernachlässigung, wo also die Versorgung nicht mehr gewährleistet wird von den Eltern. Emotionale Vernachlässigung. Also es geht wirklich alles in Richtung Kindeswohlgefährdung“.

Ähnlich im folgenden Beispiel: „Es werden immer mehr Kinder, die schon mit erheblichen psychischen Problemen bei uns ankommen. Wo ich wirklich sage, dort sind meine pädagogischen Maßnahmen einfach begrenzt, da komme ich nicht weiter, dort bin ich als Schule ein Teil, aber nur ein ganz geringer Teil... Es werden deutlich mehr Kinder, die wirklich auch psychologische und psychiatrische Auffälligkeiten haben.“

Eine Schulsozialarbeiterin ergänzt: „Es kommen immer mehr Kinder mit unsicherer Bindung. Das zieht sich als Faden von frühester Kindheit durch, dass sie gelernt haben: Bindungen sind nicht sicher,... und sie können sich schwer auf Erwachsene einlassen. Ich sehe das auch in einer politischen Richtung. Ich glaube, dass wir generell mit schwierigen, komplexen Fällen von Familien zu tun haben. Und es muss auch irgendwie politisch transparent gemacht werden, dass es so ist“.

5. Pädagogische und therapeutische Anteile bei der stationären Betreuung schwieriger Jugendlicher

Nachdem das Thema bisher vor allem aus struktureller und historischer Sicht behandelt wurde, will ich mich abschließend der *Handlungsebene* zuwenden. Alle einschlägigen Untersuchungen zur Situation vernachlässigter und traumatisierter Jugendlicher in Einrichtungen der Jugendhilfe weisen auf die zentrale *pädagogische* Aufgabe hin, für diese Jugendlichen einen *sicheren Ort* zu schaffen (was natürlich nicht gleichbedeutend ist mit *gesicherter Ort*); einen Ort, der ihre Emotionen aushält, ihre verzerrten Wahrnehmungen nicht gegen sie wendet, Raum für verlässliche Beziehungserfahrungen lässt und sie bei akuten Problemen nicht mit erneuter Ausstoßung bestraft. Sicherheit benötigen an einem solchen Ort aber auch die Teams von Erzieherinnen und Erziehern. Denn früher oder später geraten sie in der Arbeit mit diesen Jugendlichen in ambivalente Situationen, in denen die Grenzen zwischen pädagogischem und therapeutischem Handeln fließend werden. Unter *pädagogischen* Gesichtspunkten muss es dem Team vor allem darum gehen, für größtmögliche Beziehungskontinuität zu sorgen und alles zu vermeiden, was neuerliche Unterbrechungen, etwa zum Zweck jugendpsychiatrischer Abklärungen, nach sich zieht. Unter *therapeutischen* Gesichtspunkten wünschen sie sich oft eine engere Verzahnung der eigenen Arbeit mit zusätzlichen Behandlungsangeboten, die sich im Gruppenalltag aber nicht ohne weiteres integrieren lassen. Im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen erhält dieser Konflikt noch eine zusätzliche Dimension: Einerseits sollen solche Maßnahmen aus rechtlichen Erwägungen (Freiheitsentzug) auf ein notwendiges Minimum beschränkt bleiben; andererseits sprechen therapeutische Erwägungen oft für das Gegenteil, nämlich für den Versuch, den gerade erst begonnenen Aufbau von Beziehungen möglichst lange fortzuführen, anstatt sie durch Verlegungen oder Änderungen des Betreuungssettings gleich wieder zu unterbrechen. Viele der anhaltenden Kontroversen über Sinn und Unsinn der geschlossenen Unterbringung haben hier

ihre Ursache. Zur Frage der Gewichtung pädagogischer und therapeutischer Anteile in der stationären Betreuung noch einmal Marc Schmid:

„Der Wunsch nach Therapie ist prinzipiell richtig und sehr sinnvoll, kann aber für einen pädagogischen Prozess dann zum Problem werden, wenn dieser Fall fortan als psychiatrisch/psychotherapeutischer Fall definiert wird. Die Gefahr besteht darin, dass mit dem Auftrag für die Psychotherapie bereits ein Rückzug der pädagogischen Aktivitäten einhergeht. Wenn sich die Pädagogik zu sehr von dem Fall zurückzieht und keine gemeinsame Falldefinition zwischen dem pädagogischen Team und der Psychotherapie gelingt, muss die Therapie aus Sicht des Teams scheitern, da sich das Alltagsverhalten des Kindes durch die Therapie in der Regel nicht rasch genug verändern wird“.⁵⁵

Diese Beschreibung des Konflikts zwischen pädagogischen und therapeutischen Anteilen der Erzieherrolle ist in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Zum einen weist sie auf die unterschiedlichen *Zeitdimensionen* im Verhältnis von pädagogischer Betreuung und jugendpsychiatrischer Abklärung hin – ein für die Kooperation der beiden Systeme zentraler Aspekt. Zum anderen hebt sie aber auch die Gefahr einer vorschnellen „Psychiatisierung“ von Fällen hervor, die dem Wunsch nach verbesserten Kooperationsbeziehungen zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie („auf Augenhöhe“) letztlich einen Bärendienst erweist. Drittens spricht sie noch einmal das mit dem Rückzug vom Fall verbundene Problem des „Weiterverweisens“ von Jugendlichen zwischen den verschiedenen Hilfesystemen an. Denn wie man es dreht und wendet: Die bisher bestehenden, nebenbei gesagt: extrem teuren „Verschiebebahnhöfe“ zwischen den Professionen sind das Gegenteil von sicheren Orten.

6. Nähe und Distanz in der Arbeit mit psychisch belasteten Jugendlichen

Das in der pädagogischen Arbeit mit psychisch belasteten Jugendlichen zentrale Thema von Nähe und Distanz wurde schon mehrfach gestreift. Zum Abschluss möchte ich diesen Aspekt noch einmal gesondert betrachten, um deutlich zu machen, dass Erzieherinnen und Erzieher in der sozialpädagogischen Arbeit mit diesen Jugendlichen besondere professionelle Kompetenzen benötigen und systematischer als bisher dabei unterstützt werden müssen, diese Kompetenzen zu erwerben bzw. zu erhalten. Jeder Aufenthalt im Alltag intensivpädagogischer Gruppen zeigt, welchen psychischen Belastungen Erzieher-teams in diesem Bereich ausgesetzt sind. Unvorhersehbare Stimmungsumschwünge in der Gruppe führen zu permanenter Anspannung, die sich jederzeit in Spiralen eskalierender Aggression entladen können. Schwer erkennbare Prozesse von Übertragung und Gegenübertragung im Gruppenalltag stellen die Einigkeit des Teams auf die Probe, können aber auch dazu führen, dass aus latenten Teamkonflikten plötzlich offene Spaltungen werden. Bedingt durch ihre chaotischen Bindungserfahrungen, schwanken die Jugendlichen zwischen dem Bedürfnis nach Zuwendung und Nähe und einem inneren Antrieb, jeden Ansatz von Bindung gleich wieder zu zerstören. *Bruno Bettelheim* hat dies mit dem Bild einer Leiter veranschaulicht, die dem Patienten das Verlassen seines „Gefängnisses“

⁵⁵ Schmid aaO. S.42

ermöglichen soll – die er aber in der Befürchtung, dass man ihm seine Schutzvorrichtungen (seine Symptome) wegnehmen will, erst einmal zu zerstören versucht⁵⁶.

Doch was für die Jugendlichen nur ihre früh verinnerlichten Selbstunwirksamkeitserwartungen bestätigt, wird von den verantwortlichen Erziehungskräften oft als *persönliches Scheitern* erlebt. Kaum etwas, so haben auch wir es während unserer Untersuchungen zur geschlossenen Unterbringung in Heimen immer wieder erlebt, beherrschen diese Jugendlichen so gut wie die Technik, Erzieher bzw. Therapeuten gegeneinander auszuspielen, sie aus ihrer professionellen Distanz herauszulocken und in persönliche Widersprüche zu verwickeln. Früher oder später geraten auch erfahrene Erzieherteams dabei in die Gefahr, eigene Gegenübertragungen auszuagieren. Die pädagogische Herausforderung dieser zwischen den Extremen schwankenden Verhaltensmuster liegt vor allem darin, dass sie für sich betrachtet unverständlich erscheinen, aber durchaus „Sinn machen“, wenn man sie als Re-Inszenierungen früherer, belastender Lebensereignisse versteht. Um sie zu erschließen, bedarf es auf Seiten des Erzieherteams folglich auch eines *szenischen Verstehens* (Alfred Lorenzer), d.h. der Kompetenz, die „Inszenierung“ auch als solche wahrzunehmen und ihre Hintergründe zu erschließen. Dass reflexive Kompetenzen dieser Art nicht in Form einfacher „Modulbausteine“ erlernt werden können, wie sie in den Ausbildungsgängen der Hochschulen heute vorherrschen, liegt eigentlich auf der Hand, muss in diesem Zusammenhang aber trotzdem deutlich ausgesprochen werden. Dasselbe gilt für die Lehrerbildung, die auf ein verstärktes Zusammengehen von Jugendhilfe und Schule aller Kooperationsrhetorik zum Trotz bis heute höchst unzulänglich vorbereitet ist.

In der Interaktion zwischen Erziehungsteam und Jugendlichen lassen sich bestimmte, wiederkehrende *Muster* beobachten, in denen Erfahrungen von Zuversicht und Scheitern, persönlicher Zuwendung und Abbruch dicht beieinander liegen. Die Psychoanalytikerin *Annette Streeck-Fischer* hat entsprechende Fallbeispiele aus der *klinischen Praxis* systematisch ausgewertet und beschreibt, wie sexuell stimulierte, missbrauchte und gewaltsam misshandelte Patienten in ihrem Verhalten selbst erlebte Zerstörungen reinszenieren⁵⁷. Im Hinblick auf die Behandlungsverläufe unterscheidet sie fünf charakteristische Phasen zwischen therapeutischem „honeymoon“ und Behandlungsabbruch, die in vergleichbarer Form auch in Einrichtungen der Jugendhilfe häufig zu beobachten sind.

7. Folgerungen

Systemische Ebene:

Für Erzieherteams bringen die beschriebenen psychodynamischen Prozesse ein Wechselbad von Verstrickung und Distanzierung mit sich, das geeignete Formen der Unterstützung unabdingbar macht. Die Mitarbeiter/innen von Einrichtungen der Jugendhilfe benötigen bei der Betreuung psychisch gestörter Jugendlicher daher selbst professionelle Begleitung und ein „empowerment“, das den besonderen Bedingungen dieser Arbeit angemessen ist (Größe des Teams, Fachlichkeit, Supervision etc.). Weiterhin benötigen sie im Verhältnis zu anderen Institutionen (vor allem mit Jugendpsychiatrie und Schule) Formen des Austauschs, die nicht durch Beschwörungsformeln wie *Kultur der Kooperation*, glei-

⁵⁶ Bettelheim 1975, S. 13

⁵⁷ Streeck-Fischer 2004, S. 193; Denner 2008, S. 39

che *Augenhöhe* o.ä., sondern nur durch alltägliches Handeln erreichbar sind. Für eine solche Praxis der Kooperation die notwendigen Rahmenbedingungen sicherzustellen, erscheint heute als vordringliche politische Aufgabe. Was dies für die beteiligten Institutionen im Einzelnen bedeutet, hat *Marc Schmid* in fünf Forderungen zusammengefasst⁵⁸:

- (1) Abbrüche vermeiden durch rechtzeitige, passgenaue Indikationsstellung und nachhaltige Hilfeplanung,
- (2) Umfassende Qualifizierung und Sensibilisierung der Mitarbeitenden in der Jugendhilfe,
- (3) Stärkung der Selbstwirksamkeit der Mitarbeiter in der Jugendhilfe ... durch Entwicklung und Evaluation symptomspezifischer pädagogischer Konzepte,
- (4) Engere Vernetzung von stationärer Jugendhilfe und KJPP (Verfahrensregeln, Informationen über Aufgaben des ASD; Einbeziehung von Eltern und Schule),
- (5) Stärkung der Fachdienste in der Jugendhilfe.

Kompetenz-Ebene

Um in diesem Sinne arbeiten zu können, benötigen Erzieherteams im Bereich der Jugendhilfe für den Umgang mit psychisch kranken Jugendlichen spezifische Kompetenzen, die sich nicht in modularisierten Schnelldurchgängen erwerben lassen. Notwendige Voraussetzung ist neben guter Ausbildung, Fortbildungsmöglichkeiten und Supervision auch ein „förderliches Milieu“ am Arbeitsplatz, bei dem zwei Faktoren eine Schlüsselrolle spielen: *Zeit* und *Kompetenz*.

Mit dem Thema *Zeit* habe ich meinen Vortrag begonnen. Mit einem Blick auf die Kernkompetenzen psychosozialer Arbeit mit schwierigen, psychisch gestörten Jugendlichen will ich ihn abschließen⁵⁹:

- Fachliches Wissen über psychische Störungen, Wirkungen von Psychopharmaka u.a.,
- Methodenkompetenz (Lebensweltbezug; reflexives Fallverstehen; szenisches Verstehen; Elternarbeit),
- Kompetenz für interdisziplinäres Handeln,
- Fähigkeit zur Selbstreflexion (biographisches Verstehen),
- Teamkompetenz,
- Handlungskompetenz für die Bewältigung von Krisen.

Schluss

Die öffentliche Diskussion über schwierige, psychisch und sozial auffällige Jugendliche war viel zu lange von ritualisierten Abläufen geprägt, z.B. dadurch, dass alle paar Jahre eine neue Welle von Forderungen nach ausgrenzenden Maßnahmen durchs Land rollte –

⁵⁸ Schmid, aaO, S.54

⁵⁹ vgl. Denner 2010, S.291ff

härtere Strafen, geschlossene Heime, Erziehungscamps usw., und dass nach dem Abebben solcher „Wellen“ stets wieder die alte Gleichgültigkeit vorherrschte. Wenn sich daran etwas ändern soll, dann bedarf die psychosoziale Arbeit mit jungen Menschen im Schnittbereich von Bildung, Erziehung, Betreuung und Therapie neben den zuletzt beschriebenen Kompetenzen auch eines größeren *gesellschaftlichen* Rückhalts als in der Vergangenheit. Simple Verallgemeinerungen wie die von den „hilflosen Helfern“, die bis heute dazu herhalten müssen, von strukturellen Versäumnissen bei der (Re)Integration schwieriger junger Menschen abzulenken, helfen nicht weiter.

Literatur:

AFET (1906): Bericht über die Verhandlungen des Allgemeinen Fürsorgeerziehungstages am 11.-14. Juni 1906 zu Breslau

AFET (Hrsg.): Bericht über die Tagung des AFET vom 11.-13.10.1951 in Bochum

AFET (Hrsg.): Mitglieder-Rundbrief des Allgemeinen Fürsorgeerziehungstages e.V. Nr. 5, Jg. 1955/56, S. 31 f.

AICHHORN, A. (1925): Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung, Leipzig; Bern 1951

BASAGLIA, F./BASAGLIA ONGARO, F (1971): Die negierte Institution, Frankfurt

BAUR, J./KAESEHAGEN-SCHWEHN, G. (2004): Jenseits von „Sonntagsreden“. Wie kooperative Prozesse gemeinsam initiiert werden können, in: FEGERT/SCHRAPPER Hrsg. 2004, S. 577 ff.

BERNFELD, S. [1925 (1967)]. Sisyphos oder die Grenzen der Erziehung. Frankfurt/M.

BETTELHEIM, B. (1975): Der Weg aus dem Labyrinth. Leben Lernen als Therapie, Stuttgart

BLANDOW, J. (1996): Über Erziehungskarrieren. Stricke und Fallen der modernen Jugendhilfe, in Gintzel u.a. Hrsg.: Jahrbuch der Sozialen Arbeit, Münster

BLASBERG, A. und M.: Die verhinderten Retter vom Jugendamt, in: Die ZEIT, 21.5.2008, S.15ff

BUEB, B. (2006): Lob der Disziplin. Eine Streitschrift, Berlin

BUFORD, B. (1992): Geil auf Gewalt. Unter Hooligans, München

BUNDESMINISTERIUM für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht, Berlin

BUNDESMINISTERIUM für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (1998): Leistungen und Grenzen der Heimerziehung („JULE-Studie“), Berlin

BRÜNGER, M./WEISSBECK, W., Hrsg. (2008): Psychisch kranke Straftäter im Jugendalter, Berlin

DENNER, S. (Hrsg.). (2008): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, Stuttgart

FEGERT, J./SCHRAPPER, C. Hrsg. (2004): Handbuch Jugendhilfe - Kinder- und Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation, Weinheim/ München

- FEGERT, J./ZIEGENHAIN, U./GOLDBECK, L., Hrsg. (2010): Traumatisierte Kinder in Deutschland, Weinheim/München
- FREIGANG, W. (1986). Verlegen und Abschieben, Zur Erziehungspraxis im Heim. Weinheim/München
- GINTZEL, U./SCHONE, R. Hrsg. (1990): Zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie. Konzepte, Methoden, Rechtsgrundlagen, Münster
- HEIN, D./NEUDERT, K./RAHTJEN, S./v.WOLFFERSDORFF, C. (2007): „Der Wind ist rauer“ - Kinder und Jugendliche in komplexen Problemsituationen, hrsg. Vom Sächsischen Landesjugendamt, Chemnitz
- HILLENBRAND, C. (2006): Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen, Stuttgart
- HOOPS, S./PERMIEN, H. (2006): „Mildere Maßnahmen sind nicht möglich“. Freiheitsentziehende Maßnahmen nach §1631 b BGB in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, München
- KAPPELER, M. (2009). Zur zeitgeschichtlichen Einordnung der Heimerziehung. (Vortrag in der 1. Arbeitssitzung des Runden Tisches zur Aufarbeitung der Heimerziehung der vierziger bis siebziger Jahre am 2./3. April 2009)
- KERSTEN, J./v.WOLFFERSDORFF-EHLERT, C. (1980): Innenansichten aus dem Knast, Frankfurt/M.
- KLUGE (2002): Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache, New York/Berlin
- KUHLMANN, C. & SCHRAPPER, C. (2001). Geschichte der Erziehungshilfen von der Armenpflege bis zu den Hilfen zur Erziehung. In Birtsch, V./Münstermann, K./Trede, W. Hrsg.: Handbuch Erziehungshilfen. Leitfaden für Ausbildung, Praxis und Forschung, Münster
- NEUGEBAUER, M. (1997). Der Weg in das Jugendschutzlager Moringen. Eine entwicklungsgeschichtliche Analyse nationalsozialistischer Jugendpolitik. (Schriftenreihe der Deutschen Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V. Bd. 28), Godesberg
- MARTINSON (1974): What works? Questions and answers about prison reform, in: The Public Interest, 35. Jg., S. 22-55
- NIEMEYER, C. (1997): Die Schlacht um die Jugendwohlfahrt oder Intention und Wirkung Wicherns, in: ders. u.a. (Hrsg.): Grundlinien historischer Sozialpädagogik, Weinheim/München, S. 71-94
- PANKOFER, S. (1997). Freiheit hinter Mauern. Mädchen in geschlossenen Heimen. Weinheim: Juventa
- PEUKERT, D. J. K. (1986). Grenzen der Sozialdisziplinierung. Aufstieg und Krise der deutschen Jugendfürsorge 1878 bis 1932. Köln
- PEUKERT, D.J.K./MÜNCHMEIER, R: Historische Entwicklungsstrukturen und Grundprobleme der deutschen Jugendhilfe. In: Sachverständigenkommission 8. Jugendbericht (Hrsg.): Jugendhilfe - Historischer Rückblick und neuere Entwicklungen (Expertisen zum 8. Jugendbericht, Band 1), München 1990, S. 1 – 49
- RAUSCHENBACH, T./SCHILLING, M. (2008): Kinder- und Jugendhilfereport, Weinheim
- REDL, F./WINEMAN, D. (1979): Kinder, die hassen. Auflösung und Zusammenbruch der Selbstkontrolle, München/Zürich

- SCHÄFER, W. (2000): Fürsorgeerziehung und Nationalsozialismus; erweiterte Fassung eines Vortrags in der Gedenkstätte Breitenau in Guxhagen am 22.2.2000
- SCHLEIFFER, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung, Münster
- SCHMIDBAUER, W. (1977): Hilfloze Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe, Reinbek
- SCHMID, M. (2010): Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: „Traumasensibilität“ und „Traumapädagogik“, in: FEGERT u.a. Hrsg. (2010)
- SCHRAPPER, C. (2002): Über „schwierige Kinder“, in: HENKEL u.a. Hrsg.: Was tun mit schwierigen Kindern?, S.12ff, Münster
- SCHWABE, M. (2001): Was tun mit den Schwierigsten? In: Evangelische Jugendhilfe, Heft 1 (2001)
- SEITHE, M. (2010): Schwarzbuch Soziale Arbeit, Wiesbaden
- STADLER, B. (2005): Therapie unter geschlossenen Bedingungen – ein Widerspruch? Berlin
- STADT LEIPZIG/UNIVERSITÄT LEIPZIG (2009): „Komplexer Hilfebedarf“. Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule; Abschlussbericht zum Landesmodellprojekt: Qualifizierte Betreuung für Familien und junge Menschen mit komplexem Hilfebedarf, Leipzig
- STREECK-FISCHER, A. (2004): Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz, Stuttgart/New York
- SUTTERLÜTY, F. (2003): Gewaltkarrieren. Jugendliche im Kreislauf von Gewalt und Missachtung, Frankfurt/M.
- WOLFFERSDORFF, C. v. (2008): Zurück zur Disziplinierung? Über den Wandel der pädagogischen Prioritäten im Umgang mit erziehungsschwierigen Jugendlichen, in: Bingel, G./Nordmann, A./Münchmeier, R.: Die Gesellschaft und ihre Jugend. Strukturbedingungen jugendlicher Lebenslagen, Opladen u. Farmington Hills, S.241-257
- WOLFFERSDORFF, C. v./SPRAU-KUHLEN, V./KERSTEN, J. (1996): Geschlossene Unterbringung in Heimen – Kapitulation der Jugendhilfe? München
- WENSIERSKI, P. (2006). Schläge im Namen des Herrn. Die verdrängte Geschichte der Heimkinder in der Bundesrepublik. München
- ZIMMERMANN, V. (2006): „Den neuen Menschen schaffen“. Die Umerziehung von schwer erziehbaren und straffälligen Jugendlichen in der DDR (1945-1990), Köln

Arbeitsgruppen: Vom Papier zum Gespräch zum „Miteinander handeln“: Kommunale Strategien für die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Arbeitsgruppe 1: Kennenlern-Seminar, Fallkonsultation und Krisentelefon ...

Kooperationsstrategien in der Stadt Duisburg

THOMAS KRÜTZBERG

Leiter des Stadtjugendamtes Duisburg

Zunächst möchte ich Ihnen einige Informationen zur Stadt Duisburg geben:

Duisburg ist die westlichste Großstadt des Ruhrgebietes, Universitätsstadt, Oberzentrum des Niederrheins und mit über 500.000 Einwohnern zwölftgrößte Stadt Deutschlands. Prägender Faktor in der Stadtentwicklung ist die Lage an der Mündung der Ruhr in den Rhein, einem der verkehrsreichsten Flüsse Europas, der sich 37,5 Kilometer lang durch Duisburg windet. Verkehrsgeographisch ideal liegt die Stadt im Knotenpunkt eines dichten überregionalen Autobahn-, Schienen- und Wasserwegenetzes, das sie an das Ruhrgebiet, den größten industriellen Ballungsraum Europas, anbindet und darüber hinaus Verbindungen in alle Teile Deutschlands und seine Nachbarländer schafft. Den nahegelegenen Flughafen Düsseldorf International erreicht man von Duisburg aus in nur wenigen Minuten. Das Stadtgebiet besteht heute aus sieben Stadtbezirken, die sich in Stadtteile beziehungsweise Ortsteile unterteilen.

Duisburg ist eine der „jüngsten“ Großstädte in Deutschland: 22 Prozent der Einwohner, also rund 110.000 Menschen, sind im Alter bis zu 21 Jahren. Demgemäß ist eine aktive Kinder- und Jugendpolitik auch ein beherrschendes Ziel von Rat und Verwaltung. Dies gilt auch für die Versorgung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen: Auch hier muss die Jugendhilfe gut aufgestellt sein, um seinem Anspruch an eine ausreichende Versorgung mit Jugendhilfeleistungen umfassend entsprechen zu können.

Hierzu möchte ich Ihnen nachfolgend die Handlungsstrategien auf diesem Arbeitsfeld aus Duisburg vorstellen. Zunächst erlaube ich mir aber einen kleinen Ausflug und stelle Ihnen kurz die Aufbauorganisation des Jugendamtes der Stadt Duisburg vor:

Insgesamt verfügt das Jugendamt über rund 1.200 Vollzeitstellen, das sind rund 1.500 Mitarbeiter/innen:

- im Kindertagesstättenbereich rund 930 Mitarbeiter/innen,
- in der Offenen Kinder- und Jugendarbeit rund 60 Mitarbeiter/innen,
- im Allgemeinen Sozialen Dienst rund 110 Mitarbeiter/innen (VZ),
- in den Bereichen Heim- und Pflegekinder, Adoption rund 30 Mitarbeiter/innen.

Die Gliederung des Jugendamtes Duisburg ist in **Abbildung 1** veranschaulicht.

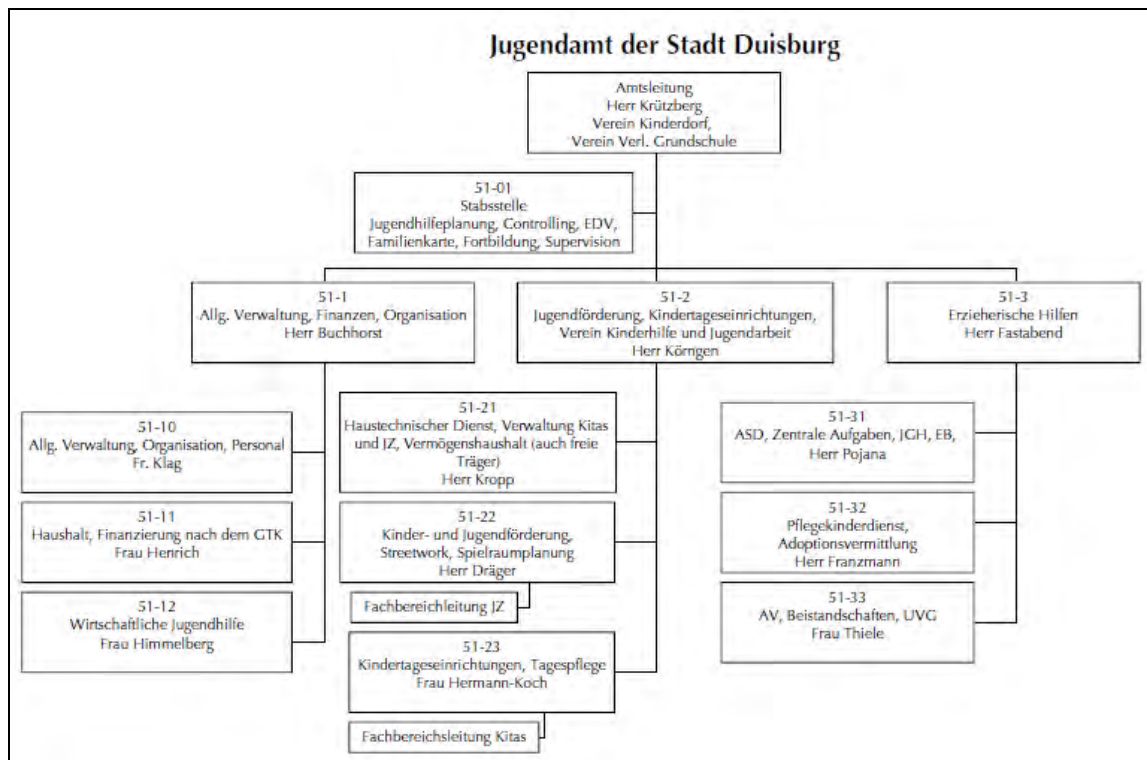


Abbildung 1

© Thomas Krützberg

Das Jugendamt kooperiert auf verschiedene Weise mit zahlreichen Institutionen, Einrichtungen, Diensten und Personen innerhalb der Stadt Duisburg: Kliniken, Kinderärzt/innen, Kinder- und Jugendtherapeut/innen, Erziehungsberatungsstellen, Kindertageseinrichtungen, Kirchengemeinden, Schule, Polizei, Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen sowie mit Eltern bzw. Personensorgeberechtigten (**Abbildung 2**).

Auch bei der Arbeit mit psychisch kranken Kindern haben wir uns auf diesen Arbeitsansatz verlassen und haben für dieses spezielle Arbeitsfeld drei Hauptarbeitsschwerpunkte festgelegt, die ich Ihnen darstellen werde.

Die **kooperativen Handlungsstrategien bei der Arbeit mit psychisch kranken Kindern in Duisburg** umfassen:

- Netzwerke für Kinder psychisch kranker Eltern,
- Kooperationsvertrag zwischen den Trägern von stationären Einrichtungen der Jugendhilfe, Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem Jugendamt,
- Ein netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement (NBQM).

Darüber hinaus möchte ich Ihnen noch die **in Duisburg ansässige stationäre Einrichtung der Jugendhilfe für psychisch kranke und belastete Kinder und Jugendliche** vorstellen; eine solche Jugendhilfeeinrichtung ist sicherlich bundesweit nicht einmalig, hat aber schon einen recht hohen Alleinstellungswert.

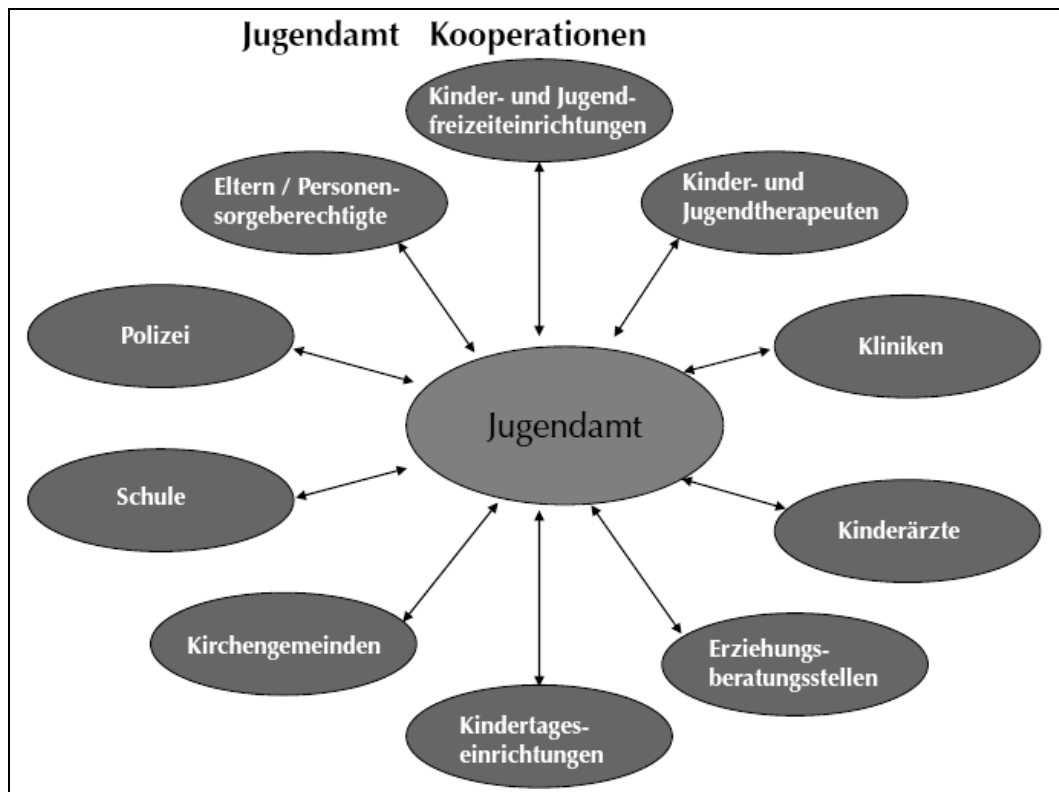


Abbildung 2

© Thomas Krützberg

Die **Netzwerke für Kinder psychisch kranker Eltern** in Duisburg sind regional aufgeteilt in:

- Netzwerk Nord (Walsum/Hamborn/Meiderich),
- Netzwerk Mitte (Mitte/Ruhrort),
- Netzwerk West (Homberg/Rheinhausen),
- Netzwerk Süd.

Die Federführung für das Netzwerk Nord teilen sich das Johanniter Krankenhaus Oberhausen, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und das Vincenz-Hospital Dinslaken, Psychiatrie und Psychotherapie. Für das Netzwerk Mitte/Ruhrort hat das Katholische Klinikum Duisburg, Klinik Marien-Hospital, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, für das Netzwerk West hat das Bertha Krankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, und für das Netzwerk Süd das Fliedner Krankenhaus, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, die Federführung übernommen.

An diesen Netzwerken nehmen jeweils Kliniken, ärztliche Fachpraxen, Sozialpädiatrische Zentren, Gesundheitsamt, Psychiatrische Hilfgemeinschaft, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, Institut für Jugendhilfe, Familienberatungsstellen, Wohlfahrtsverbände, Träger der stationären Einrichtungen der Jugendhilfe, Jugendamt (ASD – Leitung) teil.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft bietet im Rahmen des Netzwerks regelmäßig für alle Eltern, die stationär, teilstationär und ambulant durch die Kliniken begleitet werden, Kliniksprechstunden an.

Hier erhalten Eltern Informationen:

- über die verschiedenen Unterstützungsangebote im Netzwerk Kinder psychisch erkrankter Eltern,
- zu weiteren Hilfsangeboten und Aktivitäten,
- zu Möglichkeiten der Selbsthilfe,
- bei Schwierigkeiten und Ängsten in der Versorgung und Erziehung von Kindern.

Außerdem gibt es Gruppenangebote für Kinder aus chronisch belasteten Familien, kunsttherapeutische Gruppen, ein Patenschaftsmodell und Unterrichtsangebote.¹

Mit unserem Netzwerk haben wir in diesem Bereich erfolgreich gearbeitet, so dass sich zwangsläufig die Frage stellte, ob wir uns nicht langsam auch in die Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie begeben sollten, um psychisch kranken oder belasteten Kindern und Jugendliche weitere Hilfen anbieten zu können.

Hier war unser Ziel, mit der stationären Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Duisburg klare Verfahrensabsprachen zu treffen, so dass alle an der Kooperation beteiligten Institutionen ein klares Regelwerk haben, um damit zeitaufwendige Absprachen in Einzelfällen zu vermeiden und dadurch zu einem optimierten Arbeitsablauf zu gelangen.

Der **Kooperationsvertrag zwischen den Trägern von stationären Einrichtungen der Jugendhilfe, Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem Jugendamt** wurde unter folgender Zielstellung geschlossen:

- Entwicklung abgestimmter, dauerhaften Strukturen, Arbeitsweisen und Verfahren,
- Entwicklung eines Verfahrens in Krisensituationen,
- Entwicklung eines Ablaufschemas zum Verfahren nach Aufnahme in eine stationäre Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Der Kooperationsvertrag, den ich als ersten Schritt auf einem noch lange nicht abgeschlossenen Weg bezeichnen möchte, ist als **Anlage 1 und 2** beigelegt.

Mit dem **Netzwerkbezogenen Qualitätsmanagement (NBQM)** soll dem besonderen Hilfebedarf von Kindern und Jugendlichen mit fachbereichsübergreifenden Problematiken im verbesserten Maße Rechnung getragen werden.

Teilnehmer an diesem NBQM sind:

- Landschaftsverband Rheinland,
- Gesundheitsamt,
- Jugendamt,
- Institut für Jugendhilfe,
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG),
- stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie,

¹ Ausführliche Informationen über das Netzwerk unter: www.psag-netzwerke.de.

- Wohlfahrtsverbände,
- Familienberatungsstellen,
- Träger von stationären Einrichtungen der Jugendhilfe.

Innerhalb des NBQM sind Unterarbeitsgruppen gegründet worden:

- Adoleszentenpsychiatrie,
- Erfassung des Status quo.

Die Arbeit in diesem Netzwerk wurde im ersten Quartal 2010 gestartet, so dass zum jetzigen Zeitpunkt noch keine „augenfälligen“ Veränderungen oder Verbesserungen konstatiert werden können. Die regelmäßig stattfindenden Arbeitsgruppensitzungen sind aber von einer hohen Fachlichkeit geprägt. Die Ergebnisse werden zukünftig sicherlich dazu beitragen, die Versorgungssituation in Duisburg kontinuierlich und bedarfsgerecht anzupassen und aufzustellen.

Abschließend möchte ich Ihnen die Einrichtung „Haus Regenbogen“ vorstellen, **eine in Duisburg ansässige stationäre Einrichtung der Jugendhilfe für psychisch kranke und belastete Kinder und Jugendliche.**

Ich kenne die unterschiedlichen Meinungen zu der Frage, ob es Jugendhilfeeinrichtungen speziell für den Personenkreis der psychisch kranken Kinder und Jugendliche geben soll: Ich befürworte dies. Und wir haben in Duisburg vor wenigen Jahren eine solche Einrichtung installiert: Wir haben einen sehr starken freien Träger an unserer Seite, das ist der Regenbogen e.V., der eine sehr gute Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie leistet und flächendeckend stationäre Einrichtungen in Duisburg aufgebaut hat. Wir sind mit diesem ins Gespräch gekommen, weil er die Kinder und Jugendlichen, die aus einer stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entlassen worden sind, mit Geldern der Stiftung „Aktion Mensch“ ein Jahr lang mit ambulanten Hilfen begleitet hat. Wir als Jugendhilfe haben das Projekt über diese Stiftung ein weiteres Jahr weiterfinanziert. Wir merkten aber, dass diese ambulante Betreuung in vielen Fällen nicht ausreicht und eine hohe Rückfallquote besteht.

Daher haben wir gemeinsam mit diesem Träger ein Konzept entwickelt, wie man eine Wohneinrichtung für von stationärer Behandlung betroffene Kinder und Jugendliche aufbauen kann. Und zwar eine Einrichtung, die auf der Basis des KJHG aufgebaut ist, insbesondere, was die Frage von Betriebserlaubnis und auch Finanzierung angeht. Das ist uns gelungen und die Einrichtung arbeitet mit außergewöhnlich gutem Erfolg, was die geringe Zahl der „Rückkehrquoten“ beweist.

Nachfolgend die aus meiner Sicht für die Vorstellung dieser Jugendhilfeeinrichtung maßgeblichen Informationen:

Das Wohnheim Haus Regenbogen bietet Plätze für 18 Kinder und Jugendliche im Alter von 14 bis 21 Jahren mit schizophrenen Erkrankungen, schweren Persönlichkeitsstörungen oder gravierenden neurotischen Störungen. Deren Lebenssituation weist in der Regel folgende Probleme auf: erhebliche Erschöpfung, Selbstunsicherheit, beginnende soziale

Desintegration, Absinken der schulischen Leistungen, Spannungen innerhalb der Familie, soziale Ausgrenzung.

In der Regel benötigen die Jugendlichen einen längeren Zeitraum nach der Ersterkrankung (ca. zwei Jahre), bis eine Phase der Stabilisierung eintritt, oft gekennzeichnet durch Rückfälle und weitere Krankenhausaufenthalte.

Um dem individuellen Hilfebedarf gerecht zu werden, bietet die Einrichtung zwei Wohnformen an:

1. Das intensiv stationäre Angebot: Personalschlüssel 1:1; Betreuung 24 Std/tgl.,
13 Plätze auf zwei Etagen,
für Jugendliche/junge Erwachsene beiderlei Geschlechts,
pro Etage: Einzelzimmer für die Bewohner, gemeinsame Küche, Wohnraum, Sanitäranlagen, Betreuerzimmer.
2. Das normal betreute stationäre Wohnangebot:
5 Plätze,
Personalschlüssel 1 : 1,7; 7 Tage in der Woche.

Kostenträger ist das zuständige Jugendamt.

Aufnahme/Ausschlusskriterien:

- Junge Menschen, bei denen ein langfristiger Hilfebedarf festgestellt wurde,
- Eigenmotivation,
- Ausschluss: dominierend aggressive Symptomatik, primäre Suchterkrankung, geistige Behinderung, ausgeprägter Autismus, Pflegebedürftigkeit.

Arbeitsweise:

Pädagogisch, verhaltenstherapeutisches Lernumfeld, ressourcenorientiert, heilpädagogischer Hintergrund.

Auf der Grundlage des mit dem Jugendamt erarbeiteten Hilfeplans findet Förderung in folgenden Bereichen statt:

- schulische/berufliche Laufbahn,
- Entwicklung sozialer und alltagspraktischer Fähigkeiten (z.B. Übung des Umgangs mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder Behörden, hauswirtschaftliche Fähigkeiten),
- Wahrnehmung medizinischer und psychotherapeutischer Maßnahmen,
- Arbeit mit Eltern/Angehörigen (Gruppen und Einzelgespräche),
- Freizeitgestaltung (Kochgruppe, Sportgruppe, ergotherapeutische Angebote).

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und Geduld und freue mich jetzt auf den Vortrag von Herrn Schmitt-Althaus, da Stuttgart für eine gute und innovative Jugendhilfe steht und auf die anschließende Diskussion mit Ihnen.

Anlage 1

Grundzüge der Allgemeinen Kooperationsvereinbarung zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie Duisburg, den freien Trägern der stationären Jugendhilfe und dem Jugendamt der Stadt Duisburg

In Kooperation mit Vertreter/innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie Duisburg, sowie Vertreter/innen der freien Träger und Mitarbeiter/innen des Jugendamtes wurde zwecks Optimierung der Zusammenarbeit eine Kooperationsvereinbarung getroffen.

Insbesondere Kinder und Jugendliche mit einem fachbereichsübergreifendem Hilfebedarf erfordern eine besondere Aufmerksamkeit aller am Hilfeprozess Beteiligten.

Die Voraussetzung für eine gelingende Kooperation ist die Entwicklung von dauerhaften und verlässlichen Strukturen, Verfahren und Arbeitsweisen im Rahmen der Zusammenarbeit. Hierzu sind klare Absprachen zu treffen bezgl. der jeweiligen Einrichtungen.

Ein erster Schritt in diese Richtung ist die vorliegende Kooperationsvereinbarung.

Eine regelmäßige Fortschreibung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Schlüsselprozesse ist angezeigt und wird von allen Beteiligten gewünscht.

Seit Beginn des Jahres 2010 formiert sich eine Lenkungsgruppe unter Beteiligung des Landschaftsverbandes Rheinland zum Thema „Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Die bisherige Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem Jugendamt wird sich in diesem Lenkungskreis fortsetzen. Die erarbeitete Kooperationsvereinbarung ist als ein Baustein der fortzusetzenden Zusammenarbeit zu betrachten.

Unter anderem ist außerdem eine Kooperationsniederschrift zur Zusammenarbeit in Krisen- und Notfällen insbesondere außerhalb der regulären Dienstzeiten zu treffen.

Der partnerschaftliche Dialog wird von allen Beteiligten als effektiv und ausgesprochen wichtig zur Optimierung der Zusammenarbeit sowie der Nutzung der vorhandenen Ressourcen erachtet.

Anlage 2

Verfahrensablauf Kinder- und Jugendpsychiatrie/Jugendamt Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)

Regelfall nach Aufnahme (mit Überweisung durch den Kinderarzt)

Patient ist der Jugendhilfe bekannt:

1. Telefon. Information der Klinik an den ASD / vorab holt die Klinik die Schweigepflichtentbindung der Sorgeberechtigten ein
2. 1. Hilfeplangespräch (HPG) 2-3 Wochen nach Aufnahme (unter Beteiligung ASD, Therapeut, Patient, Eltern, Vormund, Betreuer,...)
3. sofern möglich, Kurzbericht der Klinik an das Jugendamt
4. Klärung des Jugendhilfebedarfs durch das Jugendamt
5. 2. HPG ca. 2 Wochen vor Entlassung aus der Klinik, wenn möglich, mit Vorstellung der geplanten Hilfe
6. ca. 8 Wochen nach Aufnahme in der Klinik, erfolgt die Entlassung in eine stationäre Jugendhilfemaßnahme oder nach Hause mit Einrichtung einer ambulanten Hilfe – oder als Zwischenlösung bis zum Beginn einer stationären Maßnahme – in das Elternhaus bzw. in eine geeignete Aufnahmeeinrichtung

Patient ist der Jugendhilfe nicht bekannt:

7. Klinik erarbeitet die Bereitschaft der Eltern zur Kooperation mit dem Jugendamt/ASD/die Schweigepflichtentbindung wird von der Klinik eingeholt
8. Telefon. Information der Klinik an den ASD
9. weiterer Ablauf – wie oben!

Wenn aus einer Akutversorgung eine längerfristige Maßnahme wird, tritt automatisch der oben aufgeführte Verfahrensablauf (Punkt 1 bis 6) in Kraft.

Eine Krisenintervention in der Klinik dauert i.d.R. 1-3 Tage.

10. Liegt kein akut psychiatrisches Krankheitsbild vor, und der Jugendliche soll entlassen werden, setzt sich die Klinik, wenn erforderlich, unmittelbar mit dem Jugendamt (ASD) in Verbindung.
11. Kommen Kinder aus einer Jugendhilfeeinrichtung, ist die zügige Klärung einer möglichen Rückkehr mit der Einrichtung erforderlich.

Ist eine Rückkehr nicht möglich oder angezeigt, regelt das Jugendamt die weitere Versorgung des Kindes/Jugendlichen.

Arbeitsgruppen: Vom Papier zum Gespräch zum „Miteinander handeln“: Kommunale Strategien für die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Arbeitsgruppe 1: Kennenlern-Seminar, Fallkonsultation und Krisentelefon ...

Kooperationsvereinbarung zwischen der Jugendhilfe und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Stuttgart

JOHANNES SCHMITT-ALTHAUS

Leiter der Abteilung Familie und Jugend 1, Jugendamt der Landeshauptstadt Stuttgart

Die hier vorgestellte Kooperationsvereinbarung entstand im Jahre 2008 und gilt seit Beginn des Jahres 2009. Sie wurde im Jugendhilfeausschuss des Gemeinderates vorgestellt und gutgeheißen.

Die Vereinbarung wurde notwendig, nachdem es über einen längeren Zeitraum nur noch wenige Kooperationsgespräche zwischen den beteiligten Institutionen gab. Davor gab es eine Phase intensiverer Zusammenarbeit, deren wichtigstes Ergebnis eine Fachtagung zum Thema „Kinder psychisch Kranker“ war. Mit dieser Fachtagung gelang der Brückenschlag zu den gemeindepsychiatrischen Zentren, den sozialpsychiatrischen Diensten. Die Erfahrungen aus dieser Zeit ermöglichten in der von Kritik geprägten Situation 2008 und davor die gemeinsame Verständigung und eine Neuverabredung in der Form der Kooperationsvereinbarung.

Bevor auf die Kooperationsvereinbarung eingegangen wird, müssen zunächst die beteiligten Partner vorgestellt werden, ihre gemeinsamen Themen und Kooperationserfordernisse sowie auch die entstandenen Konflikte.

1. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Klinik hat einen stationären Bereich, eine Tagesklinik, ein Krisenmanagement, die Institutsambulanz und die psychosomatische Versorgung. Sie nimmt Kinder und Jugendliche bei schweren Verhaltensstörungen und seelischen Erkrankungen auf, behandelt sie milieuthérapeutisch, kurz- oder langdauernd, hat eine ambulante Diagnostik und Hilfeleistung vor und nach einer stationären Therapie. Insgesamt verfügt sie über 30 vollstationäre und 10 tagesklinische Plätze, ein weiterer schrittweiser Ausbau ist geplant. Die Unterstützung von Jugendhilfeleistungen ist selbstverständlich.

Die Klinik ist zuständig für das Krisenmanagement und die Notversorgung der Stadt Stuttgart und in zwei angrenzenden Landkreisen.

2. Die Jugendhilfe: Jugendamt und Erziehungshilfeträger

Das Stadtgebiet Stuttgart ist in 10 Bereiche eingeteilt, auf die sich das Jugendamt und die Erziehungshilfeträger hin orientieren. Jeder Bereich hat ein *Beratungszentrum Jugend und Familie* (Jugendamt) und einen Träger der Hilfe zur Erziehung, der sich für die Erbringung der Erziehungshilfen verantwortlich zeigt.

Zu den Aufgaben eines Beratungszentrums gehören u. a.:

- die allgemeine Sozial- und Lebensberatung,
- die Erziehungsberatung und psychologische Beratung,
- die Planung und Finanzierung von Hilfen zur Erziehung,
- Trennungs- und Scheidungsberatung,
- Kinderschutz,
- Beistandschaften und
- die Mitwirkung am Jugendstrafverfahren.

Die Aufgaben der Träger sind:

- die ambulanten und stationären Hilfen für möglichst viele bedürftige junge Menschen und ihre Familien, die im Bereich leben,
- die fallunspezifische Arbeit –

beides auf der Grundlage eines Budgets.

Gemeinsam werden die Hilfen in Stadtteilteams, in einer sozialpädagogischen Fachkonferenz und in Kontrakten mit den Eltern geplant (Hilfeplanung). An diesen Gesprächsrunden können auch Partner wie Fachkräfte der Kinder- und Jugendpsychiatrie einbezogen werden.

3. Einschätzung der Versorgungslage

Bei Trägern und im Jugendamt arbeiten mehrere hundert Fachkräfte unterschiedlicher Professionen, verteilt auf das ganze Stadtgebiet. Die Jugendhilfe in Stuttgart ist recht gut aufgestellt und kann flexibel auf Bedarfe reagieren. In besonders schwierigen Einzelfällen stößt sie jedoch immer wieder an ihre Grenzen, wird den Anforderungen der einzelnen Kindern und Jugendlichen nicht gerecht und benötigt daher auch die Beratung und Entlastung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist demgegenüber klein und überschaubar und wird erst nach und nach bedarfsgerecht ausgebaut. Geringe Spielräume und hoher Arbeitsdruck sind die Folgen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat Interesse an einer guten Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe – nicht zuletzt, um Patienten sobald wie möglich an die Jugendhilfe weiter vermitteln zu können.

4. Kooperations- und Konfliktthemen

Kooperationsthemen sind:

- Diagnosen und Gutachten zu § 35 SGB VIII,
- Therapie- und Behandlungsbedarfe von Kindern aus der Psychiatrie, die in die Jugendhilfe kommen,
- die Unterbringung von Jugendlichen direkt nach einem Kinder- und Jugendpsychiatrieaufenthalt,
- die gemeinsame Hilfeplanung,
- die Kinder psychisch Kranker und
- die Notaufnahme und Entlassung von selbstgefährdenden, suizidalen Jugendlichen.

Kooperationsthemen können unter Umständen schnell zu Konfliktthemen werden; die Konfliktquellen dabei sind:

- die mangelnde Kenntnis der jeweils anderen Seite, Zeit- und Handlungsdruck in akuten Krisen und
- auf der kommunikativen Ebene die Frage nach der gleichen Augenhöhe, der selektiven Wahrnehmungen, der unterschiedlichen Fachsprachen, der unausgesprochenen Erwartungen, der Differenzen bei Bedarf- und Hilfekonzept, die Frage, wer von wem welche Aufträge annimmt.

Wenn Konflikte nicht gleich bearbeitet werden und anderes wichtiger ist, wächst Unmut auf beiden Seiten, auch zunehmende Entfremdung. Misslungene Kooperationen in Einzelfällen können sehr schnell zur Zuspitzung beitragen. So geschehen, als vor 2009 Konflikte die politische Ebene und die Fachausschüsse des Gemeinderats erreichten.

5. Die Konfliktlösung

Der Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde in die so genannte HzE-Konferenz eingeladen, einer Versammlung der Träger der Hilfen zur Erziehung und des Jugendamtes. Dort drückte er erneut seinen Unmut aus. Auf Seiten der Jugendhilfe zeigte sich nicht weniger Missstimmung. Man einigte sich darauf, eine kleine Arbeitsgruppe aus Vertretern der beteiligten Institutionen zu beauftragen, Vorschläge zu erarbeiten, wie die Zusammenarbeit wieder besser gelingen könnte. Diese Vorschläge kamen in Form eines Entwurfs der Kooperationsvereinbarung wiederum in die HzE-Konferenz, wurden dort modifiziert und verabschiedet. Seit 2009 gilt die Vereinbarung.

Verworfen und zurückgestellte Alternativen waren:

- die Suche nach *Best Practice* in anderen Städten und Regionen,
- die Idee, einzelne Fachkräfte der Heimerziehung jugendpsychiatrisch zu schulen, damit der Umgang mit psychisch auffälligen Jugendlichen in den vorhandenen Institutionen besser gelingen kann,

- die Schaffung einer Wohngruppe für diese Zielgruppe oder
- der Aufbau einer speziellen Einrichtung für psychisch kranke Jugendliche in Trägerschaft von KJP und Jugendhilfe.

6. Die Kooperationsvereinbarung

Die Vereinbarung besteht aus drei Kooperationsbausteinen: dem „heißen Draht“, der Stuttgarter Kooperationsrunde Jugendhilfe und KJP und einem jährlichen Spitzengespräch.

Der Heiße Draht

Er ist gedacht für aktuelle Einzelfälle, wenn die Zusammenarbeit nicht gelingt. Dann sollen fallbezogen die jeweiligen Leitungen eingeschaltet werden. Die Leitungsebenen sind: die Oberärzte der Klinik oder der Leiter der Ambulanz, die Leitungen der Beratungszentren, die Klinikleitung und die Abteilungsleitung des Jugendamtes.

Die Nutzung des *Heißen Drahtes* muss dokumentiert werden. Im jährlichen Spitzengespräch wird der Nutzen ausgewertet.

Bisherige Bilanz: Bis Ende 2010 gab es nur einen entsprechenden Fall. Positiv gedeutet: Die Kooperationsvereinbarung zeigt schon Wirkung und hat das Klima verbessert. Negativ gedeutet: Alle Beteiligten sind noch zu vorsichtig oder glauben nicht so recht an die Wirksamkeit des Instruments.

Stuttgarter Kooperationsrunde Jugendhilfe und KJP

Sie dient der Drauf- und Rückschau auf Kooperationsfälle. Es sollen keine Fälle eingebracht werden, die aktuell laufen, was jedoch nicht immer trennscharf eingehalten werden konnte. Aufgabe der Runde ist:

- die Verständigung über förderliche und hinderliche Faktoren der Kooperation,
- die Suche nach strukturellen Verbesserungsmöglichkeiten und nach fehlenden Unterstützungsstrukturen

Die Runde setzt sich aus je einem Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem Jugendamt und einem Erziehungshilfeträger zusammen. Das sind die kontinuierlichen Gesprächspartner der Runde. Die Falleinbringenden wechseln, es sind jeweils die zuständigen Fachkräfte aus den drei unterschiedlichen Arbeitsbereichen.

Die Kooperationsrunde tagt dreimal jährlich und bespricht pro Sitzung ein bis zwei Fälle. Die Fälle werden aus den Perspektiven der KJP und der Jugendhilfe dargestellt und ausführlich reflektiert. Die Fälle werden dokumentiert, ausgewertet und für das jährliche Spitzengespräch gebündelt.

Die Dokumentation der Fälle beinhaltet zum einen kurze Angaben zum Fall, das Anliegen und die Fragestellung der Einbringenden, Konfliktthemen und Hypothesen dazu.

Zum anderen werden die Auswertungsfragen bearbeitet: Welche Mängel bei der Fallbearbeitung gab es, die nicht durch Fachkräfte der Institutionen beeinflussbar waren, welche wären beeinflussbar gewesen? Was wäre für die Praxis der KJP und der Jugendhilfe erforderlich gewesen, um die Versorgung des betroffenen Kindes/Jugendlichen zu verbessern? Welche Hinweise gibt es, wie zukünftig die Kooperation besser gestaltet werden kann?

Fallbeispiel:

In die Kooperationsrunde wird der Fall zweier Geschwister im Alter von 7 und 9 Jahren von Fachkräften eines Heimes eingebracht. Die Kinder zeigen nach Vernachlässigung und möglicher sexuellen Gewalt extreme Verhaltensauffälligkeiten. Sie werden in einem Heim aufgenommen. Die Heimgruppe und die Erzieher können beide Kinder nicht integrieren, sind frustriert und überlastet. Die Geschwister sind nicht beschulbar. Die angefragte Kinder- und Jugendpsychiatrie bietet nur kurzfristige Notinterventionen an, keine Aufnahme, keine Beratung des Heimes. Spät erfolgt die erste Diagnose durch die Institutsambulanz. Die Verständigung mit der Schule gelingt kaum.

Die gemeinsame Auswertung des Falles ergibt strukturelle wie auch praktische Hinweise:

Strukturell wird deutlich, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie besser ausgestattet sein müsste, dass sie Kinder und Jugendliche aus der Jugendhilfe länger aufnehmen oder im Rahmen von Konsiliardiensten Heimgruppen stärken können sollte.

Praktische Hinweise: Notwendig wäre ein gemeinsames Fallverstehen von Anfang an, in dem auch Platz für Vermutungen, Erwartungen und Dissens eingeräumt wird. Nötig wäre eine frühzeitige Einbindung der Schule. Frühzeitige Verständigung sollte es zum Ort der Unterbringung geben: wohnortnah oder mit Distanz zum Elternhaus. Deutlich wurde der Mangel an einem ausreichend abgestimmten Konzept in der Arbeit mit den Kindern, mit der Mutter und Vater. Zukünftig müsste die Hilfeplanung kooperativer verlaufen.

Jährliches Spitzengespräch

Teilnehmende sind die Leitungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und des Jugendamtes, die drei Verantwortlichen der Kooperationsgespräche und ein Jugendhilfeplaner.

Der „heiße Draht“ und die Kooperationsrunden werden ausgewertet und bewertet, die Aufmerksamkeitsrichtung für das folgende Jahr bestimmt.

Gemeinsame Themen wie die der geschlossenen Unterbringung, die Rolle der Schule für Kranke, der Umgang mit Kindern psychisch Kranker oder die Versorgung Adolozentener werden beraten und gegebenenfalls verabredet, wie ein Thema gemeinsam bearbeitet werden soll. Entwicklungen und Planungen der Klinik und der Jugendhilfe werden ausgetauscht.

7. Bewertung der Kooperationsvereinbarung

Die Vereinbarung hat das Klima zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe entspannt, nicht nur auf Leitungsebene. Die potenziell guten Verbindungen zwischen den Leitungsebenen sind belebt worden. Es gibt wieder eine größere Sicherheit, Konflikte schnell ansprechen zu können, die gegenseitige Wertschätzung ist gewachsen. In Einzelfällen gibt es spürbare Erfolge.

Auch gemeinsame Perspektiven sind wieder möglich und werden geprüft, so gemeinsame Projekte zwischen KJP, Erziehungshilfeträger und Jugendamt für besonders schwierige Jugendliche oder für psychisch Kranke und ihre Kinder. Für 2011 ist das Augenmerk auf einzelne Aspekte der Kooperation im Einzelfall gerichtet, z. B. auf Standards in der Zusammenarbeit, auf Übergabemodalitäten und auf die Auftragsklärung.

Arbeitsgruppen: Vom Papier zum Gespräch zum „Miteinander handeln“: Kommunale Strategien für die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Arbeitsgruppe 2: Kooperationsstrategien des Sozialpsychiatrischen Jugendhilfezentrums München/ Ein Netz für die Schwierigsten: Kooperationsprojekt des Jugendamtes mit der Heckscher-Klinik¹

DR. MARIA KURZ-ADAM

Leiterin des Jugendamtes der Landeshauptstadt München

DR. BÄRBEL WEHR

Leiterin der Abteilung Angebote der Jugendhilfe des Jugendamtes München

1. Zur Entstehungsgeschichte des Sozialpsychiatrischen Jugendhilfezentrums

Hinter der Bezeichnung „Sozialpsychiatrisches Jugendhilfezentrum“ verbirgt sich eine geplante Einrichtung zur kurzen geschlossenen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen ausschließlich in Krisensituationen. Die Einrichtung wird 14 Plätze für Kinder zwischen 12 und 17 Jahren haben. Konzeptionell ist das Angebot eine krisenorientierte geschlossene Schutzstelle. Es gibt folgerichtig keine offenen Plätze in dieser Einrichtung und auch kein auf längerfristige pädagogische Prozesse ausgelegtes Stufenmodell in dem Sinne, dass die Kinder und Jugendlichen zunächst geschlossen untergebracht werden und sich nach und nach wieder aus der Geschlossenheit herausbewegen können. Ziel ist Abklärung in der Krise und sehr rasche Weitervermittlung in eine geeignete und verlässliche Anschlusshilfe. Damit soll die Einrichtung die vielfach belastenden Verschiebungen von Kindern und Jugendlichen in Krisensituationen zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe verhindern und schnell Perspektiven für diese Kinder und Jugendlichen herstellen. Die Einrichtung soll am 01.01.2012 geöffnet werden.

In der Landeshauptstadt München wurden schon mehrfach Stadtratsanträge von SPD und CSU zur Bedarfsprüfung für eine geschlossene Unterbringung in München (4.6.2003, 13.9.2004, 10.7. und 15.11.2007, 18.1.2008) gestellt. Das Thema ist also keine Idee der neuen Jugendamtsleiterin, sondern ist von der Politik oft und nachdrücklich aufgebracht worden. Einige Anträge zu einer geschlossenen Unterbringung gehen zurück in das Jahr 1989. Das heißt, es gibt diesbezüglich eine lange politische Vorgeschichte. Einige Extremfälle von Jugendgewalt sorgten nicht nur in München immer wieder dafür, dass die geschlossene Unterbringung in die politische und öffentliche Diskussion kam.

Frühere Beschlüsse zu diesem Thema legten nahe, dass München keine bzw. keine zusätzlichen geschlossenen Einrichtungen brauche. Der letzte Beschluss im Januar 2004 hat jedoch vielleicht unbeabsichtigt eine Tür aufgestoßen. Die Begründung für die damalige Ablehnung lautete, dass es vom Freistaat geschaffene neue geschlossene Clearingplätze

¹ Der Text enthält Teile aus dem Feinkonzept zum „Jugendhilfezentrum mit sozialpsychiatrischen Versorgungsleistungen Scapinellstr. 15a“ vom 01.03.2010

geben würde. Dies war zumindest ein Hinweis darauf, dass es einen Bedarf für geschlossene Plätze in der Kinder- und Jugendhilfe in München gebe. Insgesamt wurden im Jahr 2004 13 Clearingplätze in Bayern (Würzburg und Regensburg) geschaffen – mit einem Konzept, auf dem das geplante Sozialpsychiatrische Jugendhilfezentrum aufbaut und das darauf abzielt, dass Kinder und Jugendliche in akuten Krisen in die geschlossenen Plätze verbracht werden können, jedoch nicht länger als drei Monate. Das damalige Konzept enthielt noch einen Versorgungsauftrag, der inzwischen in dieser Form nicht mehr in den Clearingplätzen besteht. Das Konzept war auf die Altersgruppe unter 14 Jahren ausgerichtet. Anschließend wurde ein weiterer Ausbau um sieben Plätze vorgenommen (Hallbergmoos).

Die Bereitstellung dieser Plätze hat politisch nur kurze Zeit für Zufriedenheit gesorgt. Wesentlicher Impuls für eine neuerliche Debatte in München war das Thema, das uns in dieser Tagung so dringend beschäftigt, nämlich die besorgniserregend steigende Anzahl der sogenannten „schwierigen“ Kinder und Jugendlichen, die in nahezu abgründigen Lebensverhältnissen ohne Halt und Struktur aufwachsen und zunehmend als Krisenfälle in der geschlossenen Kinder- und Jugendpsychiatrie versorgt werden müssen, obwohl eigentlich nicht die psychiatrische Diagnose, sondern die Lebenskrise im Vordergrund steht. Uns wurde im Jahr 2006 damals eine deutliche Warnmeldung aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegeben, dass die geschlossenen Plätze teilweise doppelt belegt waren. Die zweite Warnmeldung kam von der Polizei, die beklagte, dass es eine – wenn auch geringere – Zahl von Jugendlichen gebe, die sicher untergebracht werden müsste, die aber, da nur offene Schutzstellen vorgehalten würden, bereits am nächsten Tag wieder auf der Straße landeten. Die Beamten wüssten nicht, was mit den Jugendlichen passieren würde und warum sie diese immer wieder auf der Straße aufgreifen müssten. Schließlich haben wir uns zahlreiche Fälle von geschlossener Unterbringung in auswärtigen Einrichtungen, die das Jugendamt der Stadt München veranlasst hat, angesehen und uns gefragt, warum wir die Kinder und Jugendlichen außerhalb der Stadtgrenzen verbringen, obwohl wir wissen, dass Elternarbeit dringend notwendig ist. Fachlich war es zum Teil nicht nachvollziehbar, sondern hat sich rein nach der Verfügbarkeit der Plätze orientiert. Hinter allen Fallgeschichten verbargen sich Geschichten von langem Hin- und Herschieben von Kindern und Jugendlichen, von verzweifelterm Suchen der Fachkräfte nach einer geeigneten Unterbringung und der Situation des Jugendamtes, jede erdenkliche Einrichtung zu nutzen, wenn der betreffende Jugendliche nur irgendwie sicher untergebracht ist.

Dies haben wir zum Anlass genommen, über eine Verbesserung in der Versorgungssituation im Schnittfeld Psychiatrie und Jugendhilfe nachzudenken. Die Psychiatrie war uns hier durchaus Vorbild, weil sie offensiv die Idee aufgegriffen hat, auch im Bereich der Versorgung der „Schwierigsten“ die Probleme dort zu lösen, wo sie entstehen, das heißt mitten in den Städten. Es gibt vorbildliche Modelle in der psychiatrischen Versorgung, die von Spezialeinrichtungen „auf der grünen Wiese“ abgewichen sind und selbst in schweren Akutkrisen die Menschen vor Ort in kleinen Einheiten mitten in der Versorgungsnormalität von Krankenhäusern untergebracht und behandelt werden können. Die Verfechter einer wohnortnahen Psychiatrie wollen keine großen „Anstalten vor den Toren der Stadt“. In einigen Städten werden z.B. in einem normalen Krankenhaus geschlossene psychiatrische Plätze vorgehalten. Dadurch entstand bei uns die fachliche Idee, dass es möglich sein müsse, dass wir auch in der Kinder- und Jugendhilfe diesem Modell folgen und die Probleme nicht nach außen geben, und damit wieder ins Dunkelfeld verschieben. Viel-

mehr wollten wir sie „im Hellen“ anschauen. Es muss möglich sein, dass wir das Thema „Geschlossenheit“ nicht nach außen verlagern, sondern auch in unserer Stadt diskutieren und vor Ort zu einer Lösung bringen können.

Im Februar 2007 fand daher ein Expert/innengespräch zur Bedarfslage statt, mit dem Ergebnis, dass es in der Großstadt München einen Bedarf für Plätze in sicheren Schutzstellen zur Bewältigung akuter Krisen und zur raschen Klärung des Hilfebedarfs gibt. Ein solcher Bedarf wurde insbesondere auch von der Bezirkssozialarbeit und den Vermittlungsstellen in den Sozialbürgerhäusern insbesondere für die Kinder und Jugendlichen unter 14 Jahren, in erster Linie für Mädchen, gemeldet. Einig waren sich alle Expert/innen, dass kein Bedarf zum Ausbau geschlossener Plätze in einem längerfristig angelegten pädagogischen Setting erforderlich sei.

Nach diesem Gespräch haben wir dem Stadtrat unsere Argumente vorgebracht und fanden Gehör für diese Bedarfsentwicklung. Das hatte einerseits politische Gründe, weil die Politik durch die aktuellen Fälle (z.B. „U-Bahn-Schläger“) eine konzeptionelle Antwort der Jugendhilfe einforderte. Aber auch aus der Fachbasis bekamen wir großen Rückhalt. Einige Stadträt/innen haben selbst als Fachleute Erfahrungen aus der Jugendhilfe und aus den psychiatrischen Bereichen, in denen sie sehr schwierigen Fallverläufen begegnet sind. Daher zeigten sie sich der Idee gegenüber aufgeschlossen, die Probleme mit den schwierigen Fällen selbst und in unserer Stadt zu lösen, anstatt diese nach draußen und so weit wie möglich abzuschieben.

Auf Interesse stieß auch unser Vorhaben, eine Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bereich von geschlossenen Plätzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und geschlossenen Plätze in der Jugendhilfe anzustreben und in der Konzeption sowie im Aufbau der Stellenstruktur der Einrichtung fest verankern zu wollen. Dies sollte einerseits der Entlastung der Kinder- und Jugendpsychiatrie dienen, andererseits aber auch das selbstbewusste Profil einer Kinder- und Jugendhilfe stärken, die auch schwierigste Probleme vor Ort zu lösen vermag. Die Psychiatrie braucht in der Jugendhilfe einen auch entsprechend ausgestatteten Partner, um miteinander zu entscheiden, wann ein Fall ein kinder- und jugendpsychiatrischer Fall und wann er ein Jugendhilfefall ist. Das muss im Verfahren und in der Aufnahmeprozedur eindeutig geklärt sein und kann umso besser geschehen, wenn die Kinder- und Jugendhilfe eine entsprechende Infrastruktur vor Ort hat.

Unserem Antrag ist fast einstimmig vom Stadtrat zugestimmt worden. Eine Klage von Bürgerinnen und Bürgern der Stadt vor Gericht gegen eine Einrichtung mitten in der Stadt erfolgte; sie war ein Signal dafür, dass hier etwas passiert, womit sich die Stadt auseinandersetzen muss. Im Verfahren wurde allen Beteiligten deutlich, dass es sich bei unserer Zielgruppe nicht um „wilde Tiere“, die man einsperren müsse, handeln würde, sondern um Kinder und Jugendliche unserer Stadt, die Anspruch auf Hilfe hätten. Wir haben schnell für den Planungsprozess einen Bürgerbeirat gegründet, der seither regelmäßig tagt. All dies bestärkte uns noch einmal in der Richtigkeit unseres Vorhabens. Wir haben durch dieses Verfahren letztlich öffentlich deutlich gemacht, dass wir Verantwortung für „die Schwierigsten“ in dieser Stadt übernehmen und Hilfe ermöglichen können und wollen. Das Gericht hat uns schließlich Recht gegeben, da wir stets deutlich machen konn-

ten, dass weder ein Gefängnis noch eine psychiatrische Anstalt gebaut werden soll, sondern eine Jugendhilfeeinrichtung.

Die folgenden Stadtratsbeschlüsse vom 28.4.2009 und 22.9.2009 haben dann den inhaltlich-konzeptionellen und baulichen Rahmen vorgegeben. Aus dem Konjunkturpaket II des Freistaates Bayern haben wir Mittel zum Bau bekommen, die Landeshauptstadt zahlt noch etwa 1,2 Millionen Euro dazu. Insgesamt kostet der Bau etwa 5 Millionen Euro.

Wir hatten also einen Bauauftrag und einen Konzeptauftrag. Das erste Stockwerk ist fertig und wir sind mitten in der Verwirklichung des Konzepts. Es ist keine pädagogische geschlossene Einrichtung, sondern als eine geschlossene Schutzstelle und eine Übergangseinrichtung mit Schlafplätzen für maximal zwei Nächte zur Überbrückung von Unterbringungskrisen und einer maximalen Unterbringungszeit von drei Monaten konzipiert. Der Verzahnung mit hoch verlässlichen Anschlusshilfen kommt daher außerordentlich hohe Bedeutung zu.

2. Struktureller Rahmen freiheitsentziehender Maßnahmen

2.1 Bauliche Gestaltung

Zum strukturellen Rahmen gehören folgende Aspekte:

- Die Einrichtung darf nicht isoliert im Sozialraum bestehen, es gilt eine Stigmatisierung der Jugendlichen so weit wie möglich zu vermeiden.
- Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, um die Akzeptanz der Anwohner/innen zu gewinnen, ist notwendig.
- Eine kontinuierliche transparente Darstellung der Arbeit nach außen und die Bereitschaft zum fachlichen Diskurs ist erforderlich.
- Die Einrichtung muss hell, freundlich und modern sein und damit baulich immer das Aussehen und den Charakter einer Jugendhilfeeinrichtung verdeutlichen.

Das Haus wird auf dem Gelände des Jugendhilfeverbundes München gebaut und soll im Herbst 2011 fertig sein (**Abbildung 1**). Es ist für zwei Gruppen mit je sieben Plätzen geplant, das heißt, 14 Kinder und Jugendliche halten sich bei Vollbelegung in der Einrichtung auf. Die Einrichtung ist vorgesehen für eine Altersgruppe von 12 bis 17 Jahren. Die Plätze sind primär für Münchener Jugendliche geplant, mit Ausnahme von zwei Plätzen, die für den gesamten Raum Oberbayern vorgehalten werden.

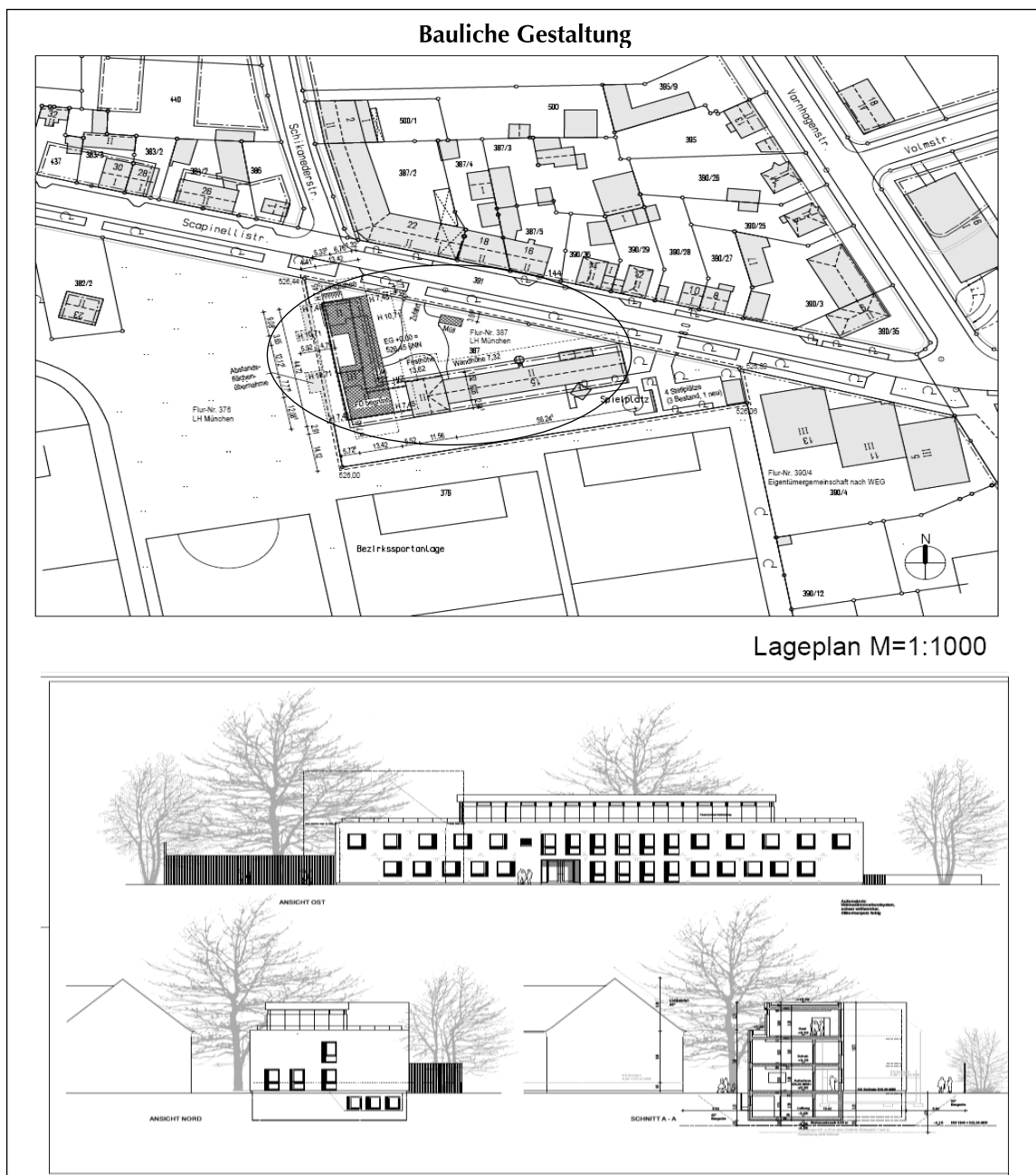


Abbildung 1

© Jugendamt München

Das „Sozialpsychiatrische Jugendhilfezentrum“ befindet sich auf dem Gelände des Kinder- und Jugendheimes „Just M“ in der Scapinellistraße in München. Die Scapinellistraße ist eine Wohnstraße. Auf der gegenüberliegenden Seite der Straße befindet sich ein Mutter-Kind-Heim und im länglichen Bau daneben ist eine Kinderkrippe. Daher bildet das Jugendhilfezentrum eine integrierte Lösung innerhalb des Stadtgebiets. Auf der anderen Straßenseite wohnen die Hauseigentümer, die gegen die Einrichtung vor Gericht geklagt haben, weil sie Befürchtungen in Bezug auf ihre Sicherheit hatten. Inzwischen gibt es sehr konstruktive Bürgerbeiratssitzungen, die sich u.a. mit der Begrünung und Umzäu-

nung des Geländes befassen und auch die Sicherheitsfragen sehr konstruktiv erörtern. Das Jugendhilfezentrum ist eine geschlossene Einrichtung, d.h., es hat eine Eingangsschleuse auf der Vorderseite und einen vollständigen Zaun auf der Rückseite.

„Das geschlossen geführte Jugendhilfezentrum wird in zwei Gruppen mit je sieben Plätzen betrieben. Es handelt sich dabei um zwei eigenständige Häuser „Heim im Heim“, die durch einen Trakt von Büros, Beratungsräumen, Schule etc. verbunden sind. Insgesamt werden 14 Einzelzimmer mit Nasszellen angeboten. Die beiden Gruppen erhalten getrennt voneinander jeweils einen eigenständigen Bereich mit Küche, Ess- und Aufenthaltsbereich sowie einen eigenen Freibereich. Daneben gibt es Räume für Diagnostik und Therapie, für den Schulunterricht, für Gruppenangebote und Elterngespräche sowie eine Werkstatt. Im zweiten Obergeschoss werden Räumlichkeiten für Bewegungs- und Freizeitangebote geschaffen.

Das Haus wird barrierefrei gestaltet und mit einem Aufzug erschlossen. Der einzige Zugang in das Jugendhilfezentrum ist ausschließlich über eine Pforte mit einem Schleusendurchgang möglich. D.h., alle Personen, die das Haus betreten oder verlassen, können dadurch kontrolliert werden. Die Zugänge im Haus zu den beiden Gruppen sind grundsätzlich geschlossen und nur mit Zustimmung des pädagogischen Personals können die jungen Menschen die Räume für Elterngespräche, Besprechungen mit dem Fachdienst etc. ihre Gruppen aufsuchen. Die Einzelzimmer lassen sich über ein Transpondersystem individuell und bedarfsgerecht bedienen. D.h., je nach Bedarf kann das Zimmer geschlossen oder offen sein. Die jungen Menschen erhalten einen eigenen Transponder. Damit dient auch die bauliche Ausstattung dem Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung. Das Mobiliar in den Einzelzimmern ist fest montiert. Die Sanitärausstattung und Leuchtkörper sowie sämtliche Türen und Fenster der Einrichtung sind ‚vandalensicher‘ eingebaut. Sämtliche bauliche Maßnahmen und die gesamte Innenausstattung orientieren sich an bewährten Ausstattungen in anderen Einrichtungen mit ähnlicher Zielgruppe.

Das Jugendhilfezentrum verfügt zusätzlich über einen Time-Out-Raum, der in eindeutig definierten Krisenszenarien minimal genutzt werden kann, um eskalative Aggressionen bei der Zielgruppe unmittelbar und gezielt zu unterbrechen. Die Gründe und der Aufenthalt werden dabei genau dokumentiert.

Um jederzeit aufnehmen zu können, werden die beiden Gruppen alters- und geschlechtsheterogen belegt. Dies erhält die Dynamik an notwendiger und erwünschter Fluktuation und verhindert eine Blockade freier Kapazitäten. Die heterogen zusammengesetzte Gruppe entspricht darüber hinaus der gesellschaftlichen Realität und dient den untergebrachten Kindern und Jugendlichen als soziales Lernfeld. Zudem haben sich gemischte Gruppen nicht nur in der modernen Heimerziehung, sondern auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie längst bewährt. Sollte sich in der Praxis die Erforderlichkeit und der besondere Bedarf nach einer anderen Art von Belegung ergeben, z.B. ein Haus mit Mädchen oder eine Trennung nach Alter, so wäre dies nach entsprechenden Erfahrungen auch umsetzbar. Die gesamte Raumplanung und Nutzung wurde mit der Regierung von Oberbayern, Heimaufsicht, abgestimmt.“²

² Stadtjugendamt München: Feinkonzept vom 01.03.2010

2.2 Personal

Die Geschlossenheit der Einrichtung hat auch Auswirkungen auf die **personelle Ausstattung**. Daher werden wir in der nächsten Woche mit der Leitung der Heimaufsicht von Oberbayern zu den personellen Anforderungen ein Gespräch führen.

Für das Clearing und hier speziell für das Eingangsclearing ist der Einsatz eines/-r Kinder- und Jugendpsychiaters/-in erforderlich. Für die Finanzierung wird das Sozialreferat/Stadtjugendamt entsprechende Verhandlungen mit den Krankenkassen bzw. mit dem Bezirk Oberbayern in enger Absprache mit der Heckscher-Klinik aufnehmen. Es ist auch vorstellbar, dass dies von einer an das Sozialpsychiatrische Jugendhilfzentrum angeschlossenen Praxis in Kooperation realisiert wird.

Des Weiteren sind eine Leitung des Sozialpsychiatrischen Jugendhilfzentrums, ein psychologischer Fachdienst, Mitarbeiter/innen im Gruppendienst und Beschäftigungstherapeuten/innen erforderlich. Auf Grund der Problematik der Kinder und Jugendlichen und der besonderen Arbeitssituation im Clearingzentrum muss das Personal entsprechend erfahren und qualifiziert sein. Für die Personalgewinnung ist ein spezielles Anforderungsprofil zu erarbeiten und es muss eine fortlaufende Qualifizierung der Mitarbeiter/innen gesichert werden, eventuell auch durch gegenseitige Hospitation mit der Kinder – und Jugendpsychiatrie.³

Wir werden auf keinen Fall einen nicht professionell ausgebildeten Wachdienst einstellen. Vielmehr wird nur nach den Forderungen der Heimaufsicht qualifiziertes pädagogisches/medizinisches Personal eingestellt. Die Personalausstattung im Nacht- und Wochenenddienst stellt noch einmal eine Herausforderung dar, auch unter dem Kostenaspekt. Es ist nicht ausreichend, eine Fachkraft in der Nachtbereitschaft einzusetzen, wenn zwei unterschiedliche Gruppen im Haus sind und zusätzlich Akutaufnahmen bewältigt werden müssen. Für eine geschlossene Einrichtung nach § 1631b BGB brauchen wir natürlich auch entsprechendes Gutachterpersonal.

Hier kommt uns die Kooperation mit der Heckscher-Klinik zugute. Die Heckscher-Klinik als die größte psychiatrische Kinderklinik in München kooperiert mit uns im personellen Bereich. Die präzise Ausgestaltung muss allerdings noch geklärt werden.

Es ist eine interne Schulung vorgesehen, allerdings in einem relativ bescheidenen Ausmaß. Derzeit werden zwei Lehrkräfte á 12 Wochenstunden für diese beiden Gruppen vorgesehen. Das ist nicht viel, allerdings legen wir Wert auf einen sehr kurzfristigen Verbleib der Kinder und Jugendlichen. Wir haben ein Modulsystem entwickelt, in dem die beiden Lehrkräfte zusammen mit dem Sozialpädagogischen Dienst in Kleingruppen von maximal vier bis fünf Kindern oder Jugendlichen arbeiten. Es geht uns darum, dass die Kinder und Jugendlichen an fünf Vormittagen in der Woche eine Struktur haben, dass sie Basics wieder lernen, wie man sich in einer Gruppe und im Unterricht verhält, wie man grüßt usw., und dass sie ihre eigenen kognitiven Stärken wieder entdecken. Wir werden zwar versuchen, uns soweit wie möglich an die Lehrpläne zu halten, der Schwerpunkt liegt jedoch in dieser sehr kurzen Zeit auf der Strukturgebung. Daher ist das geringe Kon-

³ ebenda

tingent an Lehrkräften aus unserer Sicht vertretbar. Die Lehrkräfte werden vom Kultusministerium finanziert.

3. Merkmale des pädagogischen Konzepts

3.1 Krisenhafte Sofortaufnahme

Eine große Herausforderung sind die beiden Prozesse, die das Jugendhilfezentrum (JHZ) miteinander verbindet. Zum einen haben wir das Verfahren nach § 1631b BGB. Hier muss zumindest im Rahmen einer einstweiligen Anordnung ein richterlicher Beschluss herbeigeführt werden.

„Grundsätzlich muss für eine geschlossene Unterbringung oder freiheitsentziehende Maßnahmen bei der Aufnahme des Kindes oder Jugendlichen ein familiengerichtlicher Beschluss nach § 1631 b BGB und ein psychiatrisches Gutachten oder ein durch einen in Fragen der Heimerziehung ausgewiesenen Psychotherapeuten, Psychologen, Pädagogen oder Sozialpädagogen erstelltes Gutachten vorliegen (§167 (6) FamFG). Bei einer Akutaufnahme ohne familiengerichtlichen Beschluss ist dieser im Rahmen einer einstweiligen Anordnung unmittelbar, d.h. ohne zeitliche Verzögerung, nach Unterbringung beim Familiengericht (Jourdienst) zu erwirken. Für die Beantragung eines Beschlusses im Wege der einstweiligen Anordnung reicht ein entsprechendes „Zeugnis“ (im Gegensatz zum „Gutachten“ als förmliches Beweismittel im Hauptsacheverfahren) des zuvor beschriebenen Gutachterkreises aus. Mit dem Familiengericht München ist abgestimmt, dass dieses Zeugnis oder Gutachten auch durch Mitarbeiter/-innen der Einrichtung selbst erstellt werden kann.“⁴

Der Wahrung der Verfahrensrechte der Kinder und Jugendlichen werden – wie wir aus der aktuellen Studie des Deutschen Jugendinstituts wissen – nicht immer im erforderlichen Rahmen Genüge getan. Unser Anspruch ist es, diese unbedingt einzuhalten.

Da es aber auch krisenhafte Aufnahmen außerhalb der normalen Dienstzeit der Bezirkssozialarbeit (BSA) gibt, wird bei uns die Überlegung angestellt, inwieweit wir die BSA als Vertretung des öffentlichen Trägers in unserer Einrichtung ansiedeln könnten.

Eine krisenhafte Sofortaufnahme gem. § 42 Abs.5 SGB VIII ist grundsätzlich rund um die Uhr gewährleistet. Innerhalb der Dienstzeit ist die Aufnahme unverzüglich mit dem Jugendamt bzw. Sozialbürgerhaus (SBH) zu klären, außerhalb der Dienstzeit wird die Entscheidung durch das JHZ vorgenommen.

Die Anfrage kann von unterschiedlichen Stellen kommen (z.B. Polizei, in Ausnahmefällen von anderen Jugendhilfeträgern etc.). Nach der Sofortaufnahme leitet das Jugendamt bzw. das SBH innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Frist von 24 Stunden umgehend die familiengerichtliche Genehmigung der geschlossenen Unterbringung ein.

Dafür ist bei uns das **24-Stunden-Clearing** konzipiert:

In einem eigenständigen Clearingverfahren erfolgt innerhalb von 24 Stunden eine Entscheidung über weitere Maßnahmen (GU in der Einrichtung oder andere Maßnahmen).

⁴ ebenda

Eine erste Einschätzung erfolgt nach der Aufnahme immer durch eine kinder- und jugendpsychiatrische und eine psychologisch/pädagogische Stellungnahme durch den Fachdienst.

Das Ziel ist eine möglichst kurze Geschlossenheit und schnelle Anschlusshilfe. Das heißt, dieses 24-Stunden-Clearing ist unserem absoluten Anspruch geschuldet, dass das Jugendhilfezentrum keine Dauereinrichtung sein soll. Binnen weniger Tage wollen wir genau wissen, in welche Anschlusshilfe der betreffende Jugendliche kommen sollte. Wir haben das geschlossene Setting deshalb konzipiert, damit die Drehtürkarrieren beendet werden, damit jemand, der eine lange Jugendhelfekarriere mit vielen Abbrüchen hat, eine Auszeit bekommt und in unserer Einrichtung ein paar Tage, maximal drei Monate, mit uns zusammen arbeitet, damit wir wissen, was er tatsächlich danach braucht. Das bedeutet, wir haben mit dem Konzept der Geschlossenheit zugleich ein Konzept der Anschlusshilfen zu verbinden. Diese schließt eine intensive Elternarbeit ein.

Auf Grund dieser Stellungnahme wird unverzüglich das Familiengericht angerufen, um innerhalb der durch § 42 Abs. 5 SGB VIII vorgegebenen Frist eine einstweilige Anordnung erwirken zu können. Ebenso erfolgt ein sofortiger Kontakt und – wenn möglich – ein gemeinsames Gespräch mit den Eltern des jungen Menschen.

Weitere Merkmale des pädagogischen Konzepts sind:

- **Regelmäßiger wöchentlicher Austausch zwischen pädagogischem Personal, Fachdienst und pädagogischer Leitung** über die weitere Erforderlichkeit der freiheitsentziehenden Maßnahme und über die Planung und Umsetzung der weiteren Perspektive unter Einbezug des jungen Menschen, der Eltern, des Jugendamtes und der Anschlusshilfen ist notwendig und dokumentiert.
- **Mindestens 1-2 Einzelgespräche pro Woche mit dem jungen Menschen** mit diagnostischen wie therapeutischen Hintergrund werden geführt und dokumentiert.
- **Intensive Elternarbeit**, d.h. mindestens ein Elterngespräch innerhalb von 14 Tagen, ist für die weitere Klärung erforderlich.
- **Partizipation:**
 - Sicherstellung der Beteiligung des jungen Menschen bei ihn betreffende Entscheidungen und Maßnahmen durch institutionalisierte Beteiligungsformen (Hilfeplan, Gruppenrat, etc.).
 - Im strukturierten pädagogischen Alltag werden Gelegenheiten geschaffen, bei denen explizit Partizipation stattfindet und die über das Mitbestimmen von Mahlzeiten oder Freizeitaktivitäten hinausgeht.
 - Das Kind oder der/die Jugendliche muss über ihre rechtlichen Ansprüche regelmäßig informiert und gegebenenfalls motiviert werden, diese auch wahrzunehmen.
- **Schutz vor Gewalt:**
 - Ein detailliertes Konzept zum Schutz vor Gewalt im Betreuungsalltag muss entwickelt sein.

- Institutionelle und mitarbeiterorientierte Handlungsstrategien, z.B. fachlich adäquater Umgang mit Nähe und Distanz, klare Gruppenregeln, sofortiges Ansprechen von Abweichungen, konsequente Prüfung, ob strafrechtlich relevante Gewalthandlungen vorliegen und Einleitung von Maßnahmen sind festgelegt.
- Strukturen zur Überprüfung der Qualität, ein Beschwerdemanagement und ein Konzept für Befragungen liegen vor.
- Durch eine Verfahrensklarheit, die eindeutige Verantwortlichkeit und die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung wird ein Klima der Offenheit und eine „Kultur des Hinsehens und der Achtung“ in Bezug auf die betreuten jungen Menschen, aber auch auf die Mitarbeiter/innen ermöglicht und gefördert.
- Über die internen Hausregeln und Gruppenregeln sind alle Beteiligten informiert und berücksichtigen den Schutz der jungen Menschen und der Mitarbeiter/innen in allen Räumen.
- Vor allem in akuten Notsituationen ist eine enge Kooperation mit der Polizei notwendig.

Wir wissen ganz genau, dass Kinder und Jugendliche zu uns kommen werden, die zum Teil drastische Gewalterfahrungen mitbringen. Sie sind selbst gewalttätig – gegen sich selbst und gegen andere. Je nach Verweildauer wird das ein mehr oder weniger großes Problem werden. Das einfache Wegsperren kann nicht die Lösung sein. Daher brauchen wir ein Schutzkonzept, das auch die Mitarbeiter/innen in der Einrichtung schützt. Das detaillierte Schutzkonzept umfasst alle Richtungen der Gewalt: die Jugendlichen gegeneinander, die Jugendlichen gegen das Betreuerteam und umgekehrt. Wir wissen, dass sich in einer Einrichtung dieser Art alle Beteiligten in Extremsituationen befinden können. Daher bedarf es auch einer guten Begleitung des fachlichen Personals, diese Konfliktsituationen auszuhalten.

Grundsätzlich nehmen wir alle Kinder und Jugendlichen auf. Ausgeschlossen sind Kinder und Jugendliche, die massiv unter Drogen oder Alkohol stehen und nicht mehr ansprechbar sind. Hier ist eine klinische Behandlung angezeigt. Unterbringungen zur Vermeidung von U-Haft sind ebenfalls ausgeschlossen. Rein psychiatrisch indizierte Fälle nehmen wir ebenfalls nicht auf, z.B. bei akuten Suizidversuchen. Hier greift die Kooperation mit der Heckscher-Klinik.

Ansonsten ist es unser Anspruch, für alle die Kinder und Jugendlichen da zu sein, die als die Schwierigsten gelten. Wir können an zwei Dingen scheitern: an der Mischung der Kinder und Jugendlichen, die wir bekommen werden, sowie daran, dass die Anschlusshilfen nicht funktionieren. Jeder Tag kann sich anders gestalten, sowohl in der Aufnahme als auch in der Entlassung.

4. Notwendige Kooperationen

Wir haben viele Kooperationspartner/innen im Vorfeld. Wir fühlen uns sehr unterstützt von den Trägern in Bayern, von den freien Trägern, den Clearingstellen, von der Regierung von Oberbayern. Wir halten es für sehr wichtig, dass die Bedenken, die in der Fachwelt vorliegen, auch offen geäußert werden.

Dokumentierte und verbindliche Kooperationen sind notwendig zu:

- dem Jugendamt,
- der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- dem Familiengericht, der Polizei,
- Einrichtungen der Erziehungshilfen, insbesondere Schutzstellen und stationäre Maßnahmen,
- der Jugendgerichtshilfe.

Das Jugendhilfezentrum ist eine Kooperationseinrichtung zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Unser Hauptansprechpartner ist die Heckscher-Klinik.

Die Kontakte zum Familiengericht möchten wir nicht erst haben, wenn Beschlüsse erstellt werden müssen. Beim Münchener Familiengericht wird zurzeit ein Arbeitskreis zur geschlossenen Unterbringung von einer sehr engagierten Familienrichterin installiert, an dem wir uns beteiligen. Wir haben außerdem Kontakte zur Polizei auf sehr hoher Ebene, aber auch mit der örtlich zuständigen Polizeidienststelle über den Bürgerbeirat. Es geht um die Frage, wohin die Polizei einen Jugendlichen, den sie aufgegriffen hat, bringen soll. Die Abgrenzung, was psychiatrisch indiziert ist und was zur Jugendhilfe gehört, kann ein Polizeibeamter nicht vornehmen. Wir bearbeiten aber auch gemeinsam die Bedenken der Bevölkerung.

5. Anschlusshilfen – GU ist Teil eines sicheren Netzes für die Schwierigsten

Die Geschlossenheit soll so kurz wie möglich gehalten werden. Drei Monate sind eigentlich schon relativ lange und verdanken sich offensichtlich den Prozessen.

Eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen der pädagogisch/therapeutischen Arbeit der Einrichtung mit Freiheitsentzug und für die Arbeit des Jugendamtes ist das Vorhandensein von ausreichend und geeigneten Plätzen für eine Anschlusshilfe. Anschlusshilfen müssen verfügbar und in der Lage sein, Versorgungsauftrag zu übernehmen.

Es darf nicht passieren, dass bei den Anschlusshilfen von den verschiedenen Trägern mehrere Wochen Wartezeit angekündigt wird, so dass eine Phase von längerer Geschlossenheit ausgelöst wird.

Im Rahmen der Errichtung des JHZ in der Landeshauptstadt München ist ein tragfähiges Netz von Hilfen für die schwierigsten Kindern und Jugendlichen zu schaffen, bei dem es nicht mehr zu Abbrüchen, Verlegungen etc. kommen soll. Grundsätzlich muss hier wieder gelten: Aufnahmegrund darf nicht Entlassungsgrund sein.

Wir haben ein Anschlusshilfenangebot ausgeschrieben, das zwei wesentliche Faktoren vorweisen muss: den Versorgungsauftrag und die enge Vernetzung mit der Einrichtung. Es ist etwas ungewöhnlich, dass die Anschlusshilfen, die von anderen Trägern geleistet werden, eng mit der geschlossenen Einrichtung vernetzt werden. Die Kolleginnen und Kollegen sollen auch vorher direkt in unsere Einrichtung kommen und Kontakt mit den Kindern und Jugendlichen aufnehmen.

Die Qualität der Anschlusshilfen muss so ausgestaltet sein, dass weitere Hilfenkarrieren vermieden werden. Die Anschlusshilfen stellen für uns die große Herausforderung schlechthin dar. Die zweite große Herausforderung besteht für uns als Jugendamt darin, dass wir in der Hilfeplanung sehr schnell sein müssen. Es wurde die Idee geäußert, dass eine ASD-Kollegin stets vor Ort ist, darüber werden wir nachdenken. Wenn wir eine derartige Prozessgeschwindigkeit erreichen wollen, müssen wir uns andere Strukturen als üblich überlegen.

Für die Realisierung der Anschlusshilfen hat sich im Dezember 2009 in Absprache mit der Fach-Arbeitsgemeinschaft „Hilfen zur Erziehung“ eine Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der freien Träger und des Stadtjugendamtes gebildet. Diese Arbeitsgruppe hat den Auftrag, die Anforderungen an die Anschlusshilfen zu benennen, die Fallauswertungen durchzuführen und einen Vorschlag für eine bedarfsgerechte Umsetzung zu erarbeiten. Am 23.04.2010 fand als Auftakt für ein gemeinsames Projekt zur Bereitstellung der erforderlichen Anschlusshilfen bis Anfang 2012 ein Fachgespräch mit freien Trägern stationärer Einrichtungen und Vertretungen der Sozialbürgerhäuser statt.

6. Wirtschaftlichkeit und Effektivität

- Freiheitsentziehende Maßnahmen können häufige Einrichtungswechsel nach dem „trial and error“ Prinzip vermeiden, ein „Dranbleiben“ wird ermöglicht.
- Aufenthaltsdauer wird so kurz wie nötig sein, Anschlusshilfen müssen sofort zur Verfügung stehen, Übergänge werden nahtlos gestaltet.
- Enge Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiatrie soll Fehlplatzierung verhindern und frühzeitige Diagnostik ermöglichen.
- Hilfeplanung wird von Beginn an mit allen relevanten Personen und mit regelmäßiger Überprüfung der zeitlichen Perspektive vorgenommen.

7. Evaluation und Qualitätssicherung

Vorgesehen ist ein systematisches Erfassen und die Auswertung von:

- Problemfeldern der Kinder und Jugendlichen,
- Internen Abläufe, wie z.B. Aufnahme, Gruppenaktivitäten, Hilfeplanung, Krisenintervention,
- Weitervermittlung an die Anschlusshilfen,
- Zusammenarbeit mit Jugendamt, Polizei, Familiengericht und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

8. Offene Fragen

Die hier aufgeführten offenen Fragen haben sich aus der Diskussion innerhalb der Gremien ergeben, umfassen aber auch Fragen, die wir aus der Fachöffentlichkeit aufgenommen haben:

- Optimierung der räumlichen Voraussetzungen, um Flexibilität der Geschlossenheit gewährleisten zu können;
- Anschlusshilfen: Aufnahme in JHZ und parallel Kontaktaufnahme zu den Anschlusshilfen, um schnellstmögliche adäquate Weiterversorgung zu gewährleisten, Ansiedelung einer BSA-Mitarbeiterin vor Ort;
- Änderungen in konzeptioneller Hinsicht für den Fall eines längeren Verbleibs der jungen Menschen in der Einrichtung, wenn Anschlusshilfen vorübergehend ausgelastet sind;
- Betonung des Schutzstellencharakters in der Konzeption;
- Verfahrensabläufe zwischen Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII und Beantragung einer geschlossenen Maßnahme nach § 1631b BGB;
- Alters- und geschlechtsgemischte Gruppen.

Wenn das Konzept so aufgeht, wie wir es visionär sehen, hat sich ein Teil der Fragen erledigt. Wenn es aber nicht so sein sollte, wenn sich häufiger eine längere Verweildauer einstellt als geplant, dann stellen sich vielerlei Fragen. Die Räumlichkeiten sind in ihrer Innenausstattung auf Kurzfristigkeit angelegt, allein durch die strikte Trennung der beiden Gruppen im Obergeschoss und Erdgeschoss und die Unterbringung in getrennten Räumen. Wenn sich die Verweilzeiten erhöhen, müssen wir die räumlichen Gegebenheiten optimieren.

In den Diskussionen werden immer wieder Zweifel daran geäußert, dass wir die kurzfristige Aufnahme mit einer schnellen Anschlusshilfe umsetzen können. Wir müssen es jedoch versuchen, diese Aufnahmeverpflichtung, die Garantie und die Kurzfristigkeit zu realisieren. Wenn das nicht funktioniert, ist das Konzept zu überdenken. Wir werden auch aus diesem Grund durch einen Fachbeirat begleitet werden, der unser Projekt beobachtet, begleitet und berät, damit wir in den Umsetzungsfragen zu gemeinsamen Lösungen kommen können. Wir bauen darauf, dass die Trägervertreter, mit denen wir im Kontakt stehen, ihre Verantwortung tatsächlich wahrnehmen können. Nur gemeinsam und in verbindlicher Verzahnung der Angebote für die „Schwierigsten“ kann dieses Konzept einer „Sicheren Schutzstelle“ gelingen.

Dass wir gezielt nicht auf Beziehungsarbeit setzen, hat ebenfalls in der Fachwelt Kritik herausgefordert. Das stellt einen Bruch zu allen Erkenntnissen der Jugendhilfe dar. Doch nach unserem Konzept wäre es verwirrend für den Jugendlichen/für das Kind, wenn wir in der vorgesehenen sehr kurzen Zeit noch eine Beziehungsperson einsetzten. Wir wollen diese Zeit nutzen, um die definitive Entscheidung über die richtige Hilfe „aus einer Hand“ zu treffen. Bei einem unvorhergesehenen längeren Aufenthalt jedoch braucht der junge Mensch eine Beziehung und auch die Pädagoginnen und Pädagogen sind keine

Computer, die ohne eine Beziehung zu dem jungen Menschen mit ihm über längere Zeit arbeiten können. Auch hier muss man sich konzeptionell in Neuland wagen.

Das Problem der alters- und geschlechtsgemischten Gruppen ist ebenfalls in der Fachwelt und in den Gremien kontrovers diskutiert worden. Wir gehen davon aus, dass eine solche Mischung ein Stück Dynamik herausnimmt. Es gibt gute Gründe dafür und ebenso gute Gründe dagegen. Es hängt maßgeblich davon ab, welche Kinder und Jugendlichen wir bekommen. Das wissen wir im Moment noch nicht. Wir müssen unser Konzept auch in diesem Bereich so offen gestalten, dass wir immer wieder flexibel reagieren können.

In der Flexibilität liegt eine sehr große Herausforderung. Die Einrichtung muss sehr kurzfristig auf den Tag und auf jede Situation reagieren, wenn sie erfolgreich arbeiten will. Es stellt eine reizvolle Innovation, aber auch ein Risiko dar. Wir sind im Sinne der Kinder und Jugendlichen jedoch gerne bereit, diesen Weg der Innovation und der Risiken einer geschlossenen Kriseneinrichtung in München zu gehen, um hier ein Stück weiter in der Verbesserung der Versorgungslage zu kommen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Arbeitsgruppen: Vom Papier zum Gespräch zum „Miteinander handeln“: Kommunale Strategien für die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Arbeitsgruppe 3: Strategien der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe im oberschwäbischen Raum und die damit gesammelten Erfahrungen in der kommunalen Praxis

PRIV.-DOZ. DR. MED. MICHAEL KÖLCH

Leitender Oberarzt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie,
Universitätsklinikum Ulm

1. Einleitung

An den Beginn möchte ich die These stellen: Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und Jugendhilfe brauchen einander. Sie versorgen die gleiche Klientel mit ihren jeweils eigenen Methoden: die Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (KJPP) medizinisch-psychotherapeutisch, die Jugendhilfe (JH) sozialpädagogisch und familientherapeutisch. Dies zieht sich durch die gesamten Verfahren, von der Diagnostik bis in die praktische Tätigkeit der Intervention. Das Problem besteht jedoch darin, wie KJPP und JH zum Wohle der Jugendlichen koordiniert zusammenarbeiten können und wie groß die Überschneidung letztlich ist.

2. Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle

Viele Kinder und Jugendliche in der Jugendhilfe bedürfen nicht der Psychiatrie und ebenso muss nicht für alle Kinder, die zu uns in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen, ein Antrag auf Hilfe nach § 35a SGB VIII gestellt werden. Trotzdem gibt es eine Schnittstelle und deren Umfang müssen wir herausfinden (**Abbildung 1**).

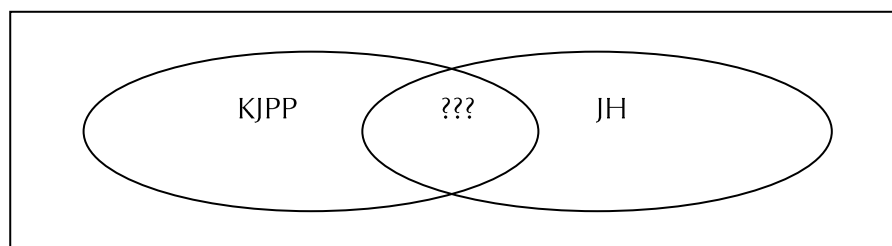


Abbildung 1

© PD Dr. med. Michael Kölch

Die Schnittmenge bilden die „Problemkinder“, die oftmals unsere beiden Systeme sprengen. Sie sprengen nicht nur das System der Jugendhilfe, sondern auch das der Kinder- und Jugendpsychiatrie und wecken gegenseitige Erwartungshaltungen. Die JH stellt die Erwartung an uns, dass wir die Probleme medizinisch-therapeutisch lösen, weil sie selbst

mit ihren Methoden nicht mehr weiterkommt, umgekehrt erwarten wir von der JH, dass sie pädagogisch tätig werden soll, wenn wir erkennen, dass ein Kind langfristige Hilfe braucht. Die schwerst auffälligen Kinder befinden sich in der Betreuung beider Systeme oder aber bedürfen der Betreuung beider Systeme und werden oft hin und her geschoben, ohne dass die Verhaltensauffälligkeit und die eigentlichen Probleme verschwinden. Kooperative Betreuung kann daher nicht nur für beide Partner Vorteile erbringen, sie kann insbesondere die Versorgung der Kinder und Jugendlichen verbessern.

Welche Formen der Kooperation sind zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie möglich:

- Keine Kooperation,
- informelle und
- formale Kooperation, wie sie beispielsweise bei uns in der Heimkindersprechstunde stattfindet.

Die Gefahr, dass die kooperative Versorgung nicht funktioniert, besteht, wenn keine formale Kooperation stattfindet. Dies haben wir vor ein paar Jahren in der **Heimkindersprechstunde** untersucht.

Die in die Heimkindersprechstunde einbezogenen Heimkinder gehören zu einer **Hochrisikogruppe**, bei denen oft mehrere Risikofaktoren zusammenwirken:

- broken homes,
- chronische Disharmonie,
- genetische und pränatale Risikofaktoren,
- psychische Störungen der Eltern,
- Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen,
- Vernachlässigung,
- Armut,
- Migration.

Versorgungsprobleme bei Heimkindern

Etwa 80.000 der Kinder und Jugendlichen befinden sich in der stationären Jugendhilfe. In stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung sind diese Kinder deutlich überrepräsentiert („Drehtür“-Karrieren). Sie sind daher einer Diskontinuität von Beziehungen ausgesetzt, z.B. wenn sie bereits fünf bis zehn stationäre Unterbringungen erlebt haben. Das programmiert ein Scheitern jeder weiteren Maßnahme voraus. Unkoordinierte Versorgungsstrukturen verstärken ungewollt die vorhandenen psychischen Störungen. Langfristig ergibt sich eine ungünstige Kosten-Nutzen-Relation. Der Mangel an Vernetzung zwischen Jugendhilfe und KJP drückt sich im Zuständigkeitsgerangel aus.

Ergebnisse einer epidemiologischen Studie mit Heimkindern

Innerhalb einer epidemiologischen Studie mit Heimkindern wurde eine Vollerhebung einer möglichst repräsentativen Stichprobe durchgeführt, auf deren Grundlage Aussagen auf dem Niveau von ICD-10-Diagnosen getroffen und ein Versorgungsbedarf ermittelt werden konnten. Diese Studie wurde von Dr. Dipl.-Psych. Marc Schmid durchgeführt und ist publiziert.¹

Die Stichprobe erfasste 208 Mädchen und 480 Jungen aus 20 JH-Einrichtungen. Das durchschnittliche Alter beträgt 14,4 Jahre (SD = 2,94). Das durchschnittliche Aufnahmealter liegt bei 11,93 Jahren (SD = 3,6). Im Schnitt leben die Jugendlichen unserer Stichprobe zum Befragungszeitpunkt also gut zwei Jahre in ihren Einrichtungen.

Die Lebenssituation der Eltern spiegelt die Problematik der Klientel wider (**Abbildung 2**). Der größte Teil der Kinder kam aus keiner klassischen Familie (Mutter-Vater-Kind), die meisten hatten bereits Trennungserfahrungen. Bei lediglich 19 Prozent der Kinder lebten die Eltern in einer Ehe.

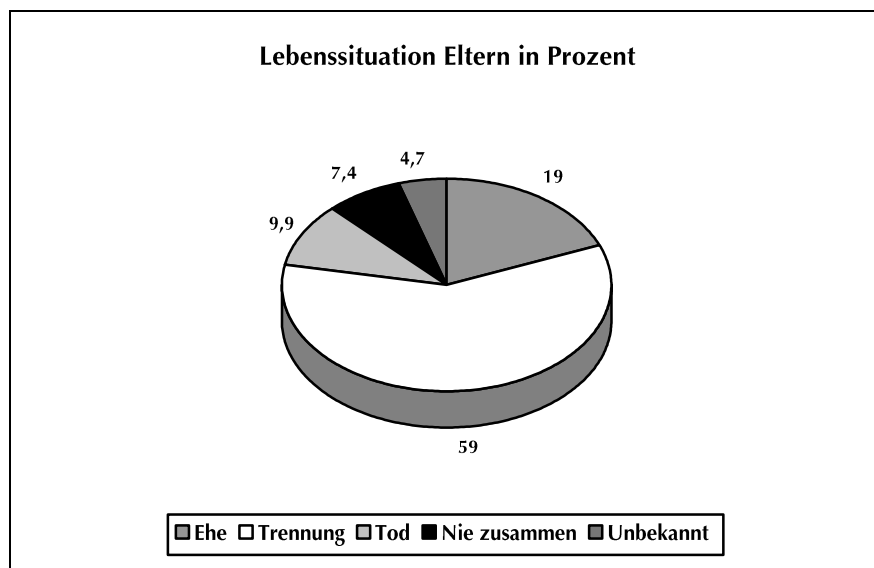


Abbildung 2

© Dr. med. Michael Kölch

87 Prozent der Kinder waren auf der Grundlage des § 27 in Verbindung mit § 34 SGB VIII untergebracht, 13 Prozent auf der Grundlage des § 35a SGB VIII (**Abbildung 3**).

Zu den Auffälligkeiten wurde ein Vergleich zur Normpopulation, auf der Grundlage von zwei international üblichen Screening-Fragebögen (CBCL und YSR), die wir auch bei unseren Patienten einsetzen, durchgeführt (**Abbildung 4**). **Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten** sind Depressionen, Angststörungen u.ä., unter **externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten** versteht man aggressives, dissoziales Verhalten, ADHD usw. Anhand

¹ Marc Schmid (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern - Erste Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe, 223 Seiten, Juventa Verlag GmbH, Weinheim, ISBN: 3779916940

der Säulen in der Abbildung ist erkennbar, dass die untersuchten Kinder in beiden Bereichen deutlich auffälliger sind als die Kinder aus der Normalstichprobe.

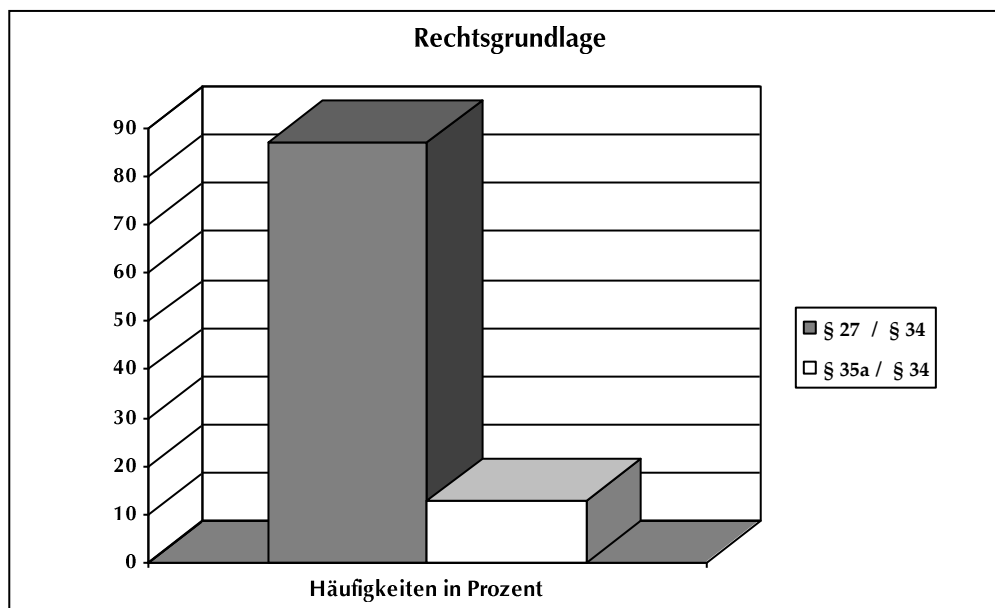


Abbildung 3

© Dr. med. Michael Kölch

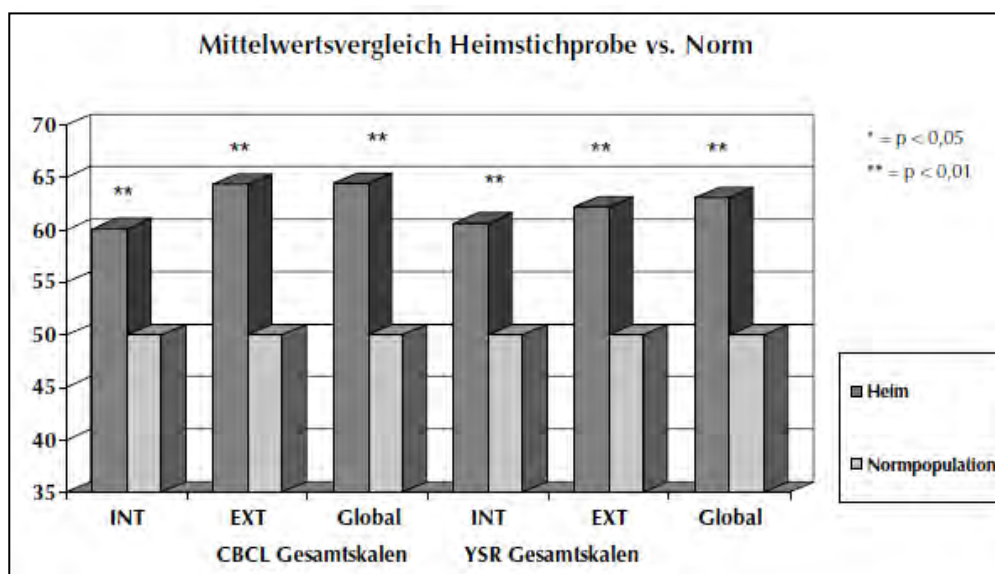


Abbildung 4

© Dr. med. Michael Kölch

Wir haben außerdem **klinische Interviews** zu folgenden Fragen geführt:

- Wie viele Kinder und Jugendliche erfüllen die Kriterien für eine ICD-10 Diagnose?
- Welches sind die häufigsten Diagnosen?
- Wie ist der Behandlungsstatus der diagnostizierten Jugendlichen – sowohl im Bereich des SGB VIII als auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

60 Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen hatten eine ICD-10-Diagnose (**Abbildung 5**). F 70 bedeutet eine Intelligenzminderung.

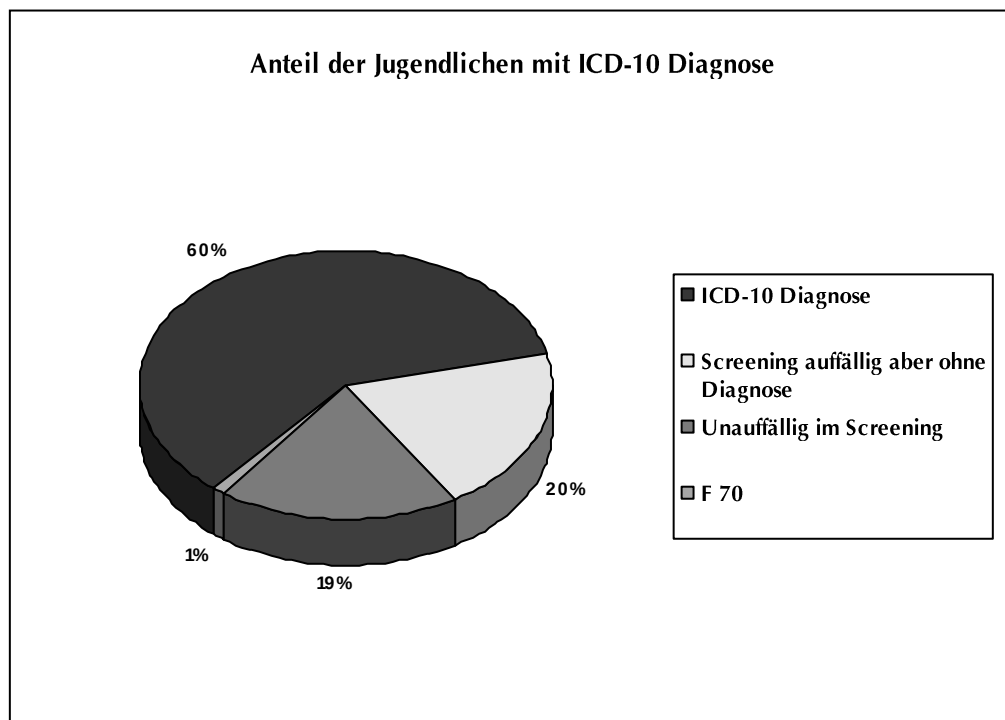


Abbildung 5

© Dr. med. Michael Kölch

Bei der Untersuchung der Diagnosen (**Abbildung 6**) ist festzustellen, dass die hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens den größten Anteil einnehmen, gefolgt von Depression und Substanzmissbrauch. Wenn man weiß, dass für diese Störungen eine kinderpsychiatrische Behandlung relativ gute Synergieeffekte bringen kann, so ist es nicht sinnvoll, dass die Jugendhilfe lange Zeit allein mit den damit verbundenen Problemen befasst ist. Zwar sieht sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie mitunter mit der völlig falschen Erwartung konfrontiert, diese solle die Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ kurzfristig behandeln und dann könne man wieder pädagogisch arbeiten. Wir wissen aus vielen Studien, dass sich diese Kinder nicht in acht Wochen bessern. Wir können aber, wenn außerdem eine Störung der Impulskontrolle vorliegt, diese medikamentös behandeln und somit Pädagogik erst wieder möglich machen.

Die Analyse des Behandlungsstatus' ergab, dass ein großer Teil der Jugendlichen, nämlich 42 Prozent, keinerlei Behandlung erhalten hatten (**Abbildung 7**). 10 Prozent waren einmal in einer stationären, 12 Prozent in einer ambulanten Behandlung und 14 Prozent wurden von einem Psychologischen Fachdienst betreut. Man kann vermuten, dass sich bei einer funktionierenden Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie die Chance erhöhen würde, dass die Kinder und Jugendlichen mit einer psychiatrischen Diagnose eine Behandlung bekommen und die Jugendhilfe einen Teil der Probleme an die Kinder- und Jugendpsychiatrie delegieren könnte, um auch die Situation in den Heimen zu verbessern.

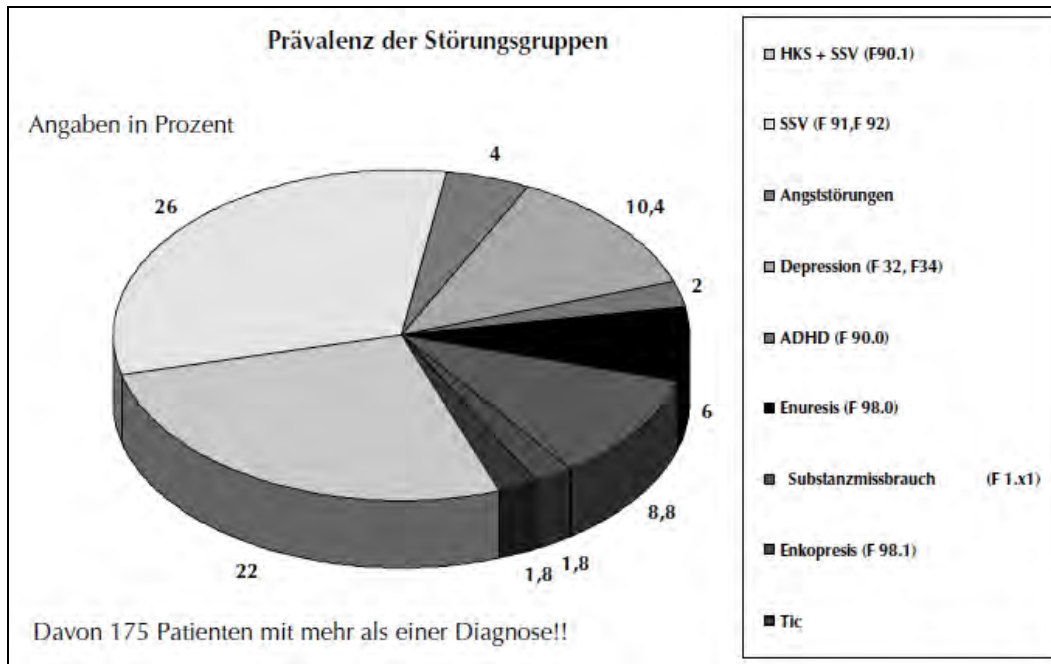


Abbildung 6

© Dr. med. Michael Kölch

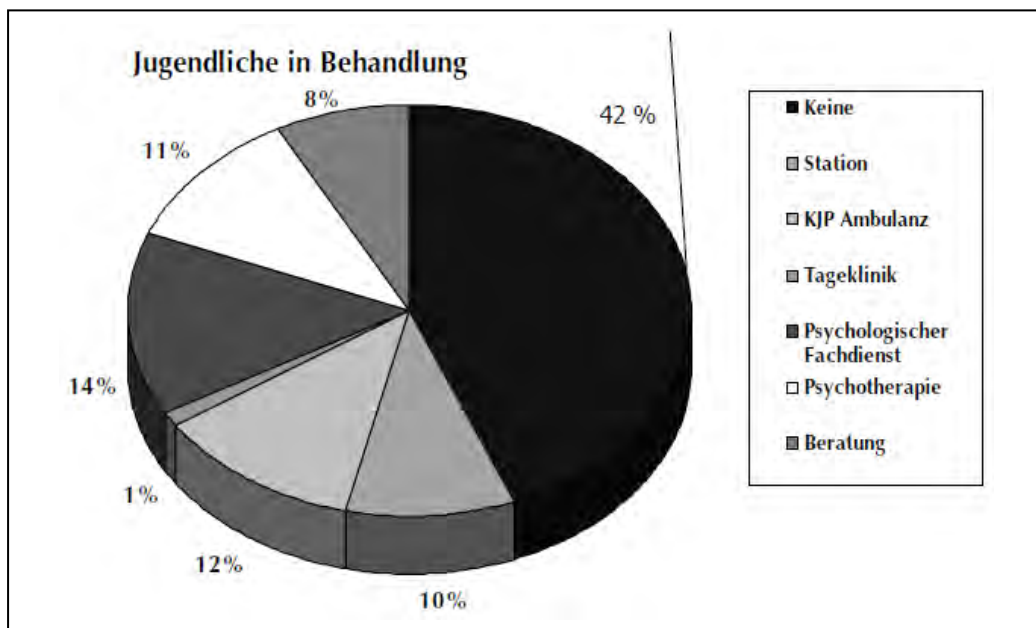


Abbildung 7

© Dr. med. Michael Kölch

86 (12 Prozent) Kinder und Jugendliche mit einer ICD-10-Diagnose werden medikamentös behandelt. Die Medikamente werden in 54 Fällen von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie verschrieben. Es ist allerdings zu bemerken, dass eine geringe Anzahl von Kindern und Jugendlichen ohne eine psychiatrische Diagnose Medikamente bekam. Wichtig ist die fachärztliche medikamentöse Behandlung, da z.B. manche in der Erwachsenenpsychiatrie verwendeten Arzneimittel nicht bei Kindern oder Jugendlichen hinreichend wirksam sind.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine therapeutische Unterversorgung relativ zu ihrer psychischen Belastung deutlich wird.

Aus diesem konstatierbaren Mangel heraus lässt sich die Notwendigkeit der Entwicklung einer effektiveren und intensiveren Kooperation zwischen KJPP und JH auf einer breiten Basis ableiten. Insbesondere für die Gruppe der besonders belasteten Jugendlichen mit mehreren Diagnosen sollten gemeinsame Behandlungsansätze entwickelt werden. Kliniken (Institutsambulanzen) und niedergelassene Fachärzte benötigen Anreize (d.h. angemessene Vergütung) für die aufsuchende ambulante Behandlung von „schlechten Risiken“, es muss aber in beiden Hilfesystemen (SGB V und VIII) die Bereitschaft und Kompetenz zur hilfesystem-übergreifenden Versorgung psychisch kranker Jugendlicher **durch Fortbildung und Schulung gestärkt werden.**

In der praktischen Zusammenarbeit wünschen sich die Einrichtungen bei einer Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie z. B. die Überlassung von schriftlichen Befunden, die Möglichkeit der Krisenintervention in Form rascher stationärer Aufnahme, schriftliche Stellungnahmen (Gutachten) zum § 35 SGB VIII, verkürzte Wartezeiten für Heimkinder und Telefonsprechstunden sowie Sprechstunden innerhalb der Einrichtung. Aber auch Fortbildungen über häufige Störungsbilder und über die Wirkung von Medikamenten, die Teilnahme von Psychologen/Ärzten an Fallbesprechungen/Hilfeplangesprächen sowie eine orientierende Diagnostik bei Neuaufnahme sind Wünsche für eine Kooperation.

Die **Ulmer Heimkinder-Interventionsstudie (2005-2007)** kam zu folgenden **Ergebnissen und Schlussfolgerungen:** Es zeigte sich, dass in der Gruppe mit intensiver, aufsuchender ambulanter Behandlung infolge kürzerer stationärer Behandlungszeiten signifikant weniger stationäre Pflage tage anfallen als in der Kontrollgruppe mit herkömmlicher Behandlung. In der Interventionsgruppe wird ein höherer Anteil der bedürftigen Jugendlichen fachärztlich und psychotherapeutisch versorgt. Die niedrigschwellige jugendpsychiatrische Behandlung verstärkt die positiven Effekte der Jugendhilfe und trägt dazu bei, dass psychiatrisch schwer beeinträchtigte Jugendliche im Rahmen der Jugendhilfe pädagogisch betreut werden können.

3. Kooperationen

Formale und informelle Kooperationen sind einerseits geregelte Wege der Information und gegenseitigen Einbeziehung im Sinne des § 35a SGB VIII sowie andererseits Spezialsprechstunden und aufsuchende Angebote.

Der **formale Weg der Information** umfasst:

- Frühzeitige Information des Jugendamtes über stationäre Aufnahme,
- Kontakt Sozialarbeit mit dem Jugendamt innerhalb von 14 Tagen,
- Ärztliche Stellungnahme vor Helferkonferenz.

In unserem stationären Bereich wurde das Verfahren eingeführt, dass die Sozialarbeiterin relativ früh, innerhalb der ersten 14 Tage, den Kontakt zu den Eltern aufnimmt und im

Erst- und Zweitkontakt und zur sozialpädagogischen Diagnose Gespräche mit ihnen führt.

Das Konzept der Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm sieht folgende Gespräche vor:

- 1. Gespräch: Kennenlernen; verschiedene relevante Lebensbereiche erfassen; die Eltern sollen sich Bereiche verdeutlichen, in denen sie Hilfen wünschen; Auftragsklärung (nur Infos oder Begleitung etc).
- 2. Gespräch: Genogramm/Soziogramm/Ökomap (je nach Bedarf noch ein zweites Gespräch dafür).
- 3. Gespräch: Entsprechend den Aufträgen Information zur Jugendhilfe und anderen rechtlichen Grundlagen; Organisation von Unterstützung, Einschätzung aus dem Klinikteam und Rückmeldung aus dem bisherigen Verlauf in Bezug auf Unterstützungsbedarf aus unserer Sicht.

Während der sozialpädagogischen Diagnose bei uns im Haus wird der Kontakt der Eltern zum Jugendamt vermittelt. Es erweist sich als sinnvoll, diesen Kontakt nicht erst bei der Entlassung des Kindes aus der stationären Behandlung herzustellen. Bei den Eltern stößt der Kontakt zum Jugendamt allerdings oft auf Ablehnung. Psychiatrie empfinden sie bereits als stigmatisierend, daher wollen sie nun nicht auch noch mit dem Jugendamt zu tun haben. Diesen Umstand übersieht die Jugendhilfe häufig. Daher sehen wir es als unsere Aufgabe an, die Eltern dazu zu bringen, das Jugendamt als helfende Institution in Anspruch zu nehmen. Ohne die kinderpsychiatrische Behandlung kämen viele dieser Eltern gar nicht auf die Idee, sich an das Jugendamt zu wenden. Wir motivieren die Eltern darin, wenigstens einmal den Kontakt zum Jugendamt aufzunehmen, und versichern ihnen, dass sie jederzeit Bestimmende des Geschehens sind.

Im Rahmen klinischer Kooperationsangebote kann man Heimkindersprechstunden, Pflegekindersprechstunden und Fortbildungen organisieren.

Wir haben in Ulm eine Heimkindersprechstunde aufgebaut. Daher wissen wir, dass man in Krisensituationen Heime strukturiert entlasten kann. Wir wissen, dass diese Kinder in der Jugendhilfe immer wieder Krisen hervorrufen und dass das genau die Kinder sind, die mehrere gescheiterte Jugendhilfemaßnahmen hinter sich haben. Wir entlasten mit unserer Krisenaufnahme für einige Zeit das Heim, allerdings nur unter der Bedingung, dass das Kind zur Erhaltung der Beziehungskonstanz wieder in dieselbe Einrichtung zurückkehrt. Aus diesem Grund haben wir bei uns die Kooperation etabliert.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Jugendhilfe müssen in der fallübergreifenden Kommunikation miteinander klären, was die Medikation bewirken kann und wo die Grenzen liegen, ebenso die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen der Sozialpädagogik in der Jugendhilfe und der therapeutischen Maßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Meist kommt die Jugendhilfe erst auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu, wenn ein Kind massiv auffällig ist. Die Psychiatrie soll dann das Kind entsprechend behandeln. Im Sinne von Prävention kann man jedoch bereits frühzeitig in der Kooperation Krisen verhindern. In der Diskussion wird von der Jugendhilfe meist die Meinung vertreten, dass die Psychiatrie die Kinder zu früh oder zu schnell medikamentös behandelt. Oft

stellt sich jedoch heraus, dass zu lange damit gewartet wird. Medikamente sind durchaus sinnvoll – in Kombination mit anderen Therapiemaßnahmen. Inzwischen hat sich in den Heimen, mit denen wir kooperieren, eine größere Offenheit und Differenziertheit zu diesem Thema eingestellt.

Außerhalb der fallbezogenen Kommunikation und Kooperation in einer Krise muss es eine zumindest halbstrukturierte und halbformalisierte Zusammenarbeit im Sinne von Leitlinien geben. So eine Zusammenarbeit hat sich vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Heimkindersprechstunde bei uns entwickelt. Wir begeben uns direkt in die Heime, schauen uns frühzeitig die Kinder an, beraten das Team im Heim in Bezug auf mögliche Therapien. Die Mitarbeiter wissen, dass wir im Krisenfall die Kinder aufnehmen, aber sie wissen auch, dass diese Aufnahme nur kurzzeitig über drei, maximal über fünf Tage, erfolgen kann.

Eine neue Form der Kooperation könnten Formen des **Hometreatments** sein, das heißt die wohnortnahe psychiatrische Behandlung, **im Rahmen des neuen Entgeltsystems Psychiatrie**, das derzeit entwickelt wird und ab dem Jahr 2013 eingeführt werden soll.

Fazit:

Kooperationsmodelle müssen lokal etabliert werden. Sie haben meist den Effekt, dass die Versorgung verbessert und die beteiligten Akteure zufriedener sind.

Arbeitsgruppen: Vom Papier zum Gespräch zum „Miteinander handeln“: Kommunale Strategien für die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Arbeitsgruppe 4: Hamburger Modellprojekt für sexuell auffällige Minderjährige - Familieninterventionsteam (FIT)

BERND PRIEBE

Theologe, Sexualpädagoge, Therapeut für sexuell misshandelte Kinder und Jugendliche (DGgKV e.V.), Wendepunkt e.V., Hamburg

3. Projektpartner/Konzeption

Das Interesse an der Arbeit mit Tätern wird oft nur dann geweckt, wenn gerade wieder ein besonders schlimmer Fall von Gewalt an die Öffentlichkeit gekommen ist. In Hamburg war es ein Sexualmord, begangen durch einem Jugendlichen, der durch die Presse ging und der die Hamburger Bürgerschaft veranlasste, ein entsprechendes Projekt in Gang zu bringen. Auch bundesweit wurden damals entsprechende Überlegungen dazu angestellt, die jedoch im Sande verlaufen sind.

Im Jahr 2007 startete unser Projekt, das nach einer Laufzeit von drei Jahren im Sommer 2010 beendet wurde.

Dieses Modellprojekt hatte folgende **Ziele**:

- Verbesserte Erstintervention von Seiten des Jugendamtes, Anzeigen werden direkt dorthin weitergeleitet,
- Optimierung der Hilfeplanung,
- Sammlung von Daten über sexuell übergriffige Minderjährige,
- bessere Koordination der Helfelandschaft,
- Etablierung eines niedrigschwelliges Beratungsangebotes.

Die Erstintervention durch das Jugendamt sollte professionalisiert werden. Ein Schritt war deshalb, dass alle Anzeigen von sexuell übergriffig gewordenen Kindern und Jugendlichen direkt an das zuständige Jugendamt weitergeleitet wurden. In Hamburg gibt es, durch den damaligen Innensenator Schill initiiert, ein zentrales Jugendamt für Täter. Dabei handelt es sich meisten um Jungen, die schon eine längere „Karriere“ hinter sich haben und zu denen auch bereits mehrere Anzeigen vorliegen. Dieses Jugendamt, das Familieninterventionsteam (FIT), sollte sich auch um die sexuell auffälligen Kinder und Jugendlichen kümmern.

Zur Optimierung der Hilfeplanung braucht man eine Idee, was überhaupt zu tun ist und was bei dieser speziellen Gruppe von Jugendlichen ankommt. Gleichzeitig sollte das Projekt eine wissenschaftliche Begleitung erfahren. Dazu gehörte eine Untersuchung mit dem Ziel, mehr Daten über sexuell übergriffige Kinder und Jugendlichen zu sammeln.

Die vorhandene Helfelandschaft sollte besser koordiniert und evaluiert werden, um eventuelle Lücken in der Versorgung aufzudecken.

Ein weiterer Teil des Konzeptes war ein niedrigschwelliges Beratungsangebot. Dazu wurde nach einer Idee von Dirk Bange, aus der Behörde für Gesundheit und Soziales, das Konzept entwickelt, in einem Jugendamt bestimmte Kolleginnen und Kollegen zu spezialisieren und mit ihnen ein Familieninterventionsteam (FIT) zu bilden.

Hamburg ist ähnlich wie Berlin in Bezirke mit eigenen Jugendämtern aufgeteilt. Das o.a. zentralisierte Jugendamt ist zunächst aus einer Idee des „law and order“ entstanden, hat sich aber inzwischen trotz des schwierigen Anfangs ganz gut als ein Jugendamt etabliert, das tatsächlich kompetent mit schwierigeren Fällen arbeitet. Die Konstruktion bleibt aber strukturell schwierig, weil dieses Familieninterventionsteam über die Gelder der bezirklichen Jugendämter verfügt, daher ist es in den Bezirken nicht besonders beliebt und die Kooperation zwischen diesen verschiedenen Ämtern funktioniert noch nicht optimal.

Nach einem Ausschreibungsverfahren wurden wir, der „Wendepunkt e.V.“, als zweiter Projektpartner in das Projekt aufgenommen. Wir sind ein freier Träger der Jugendhilfe aus dem Hamburger Umland. Der „Wendepunkt e.V.“ arbeitet bereits seit zehn Jahren mit sexuell übergriffigen Minderjährigen. Dies hat sich aus der Arbeit mit Opfern ergeben, bei der mein Vorgänger beim „Wendepunkt e.V.“ die Erfahrung gemacht hat, dass mit dem Täter häufig nichts weiter passiert, als dass er vielleicht der Schule verwiesen wird o.ä. Das war für „Wendepunkt e.V.“ der Anstoß, sich in der Täterarbeit zu engagieren. Es gab Anfang der 2000er Jahre ein vergleichbares Modellprojekt des „Wendepunkt e.V.“ in Schleswig-Holstein.

Der dritte Partner ist das Institut für Sexualforschung an der Universitätsklinik Eppendorf (UKE). Welches sich weit über Norddeutschland hinaus einen guten Ruf erarbeitet hat, gerade auch in der Forschung zu sexueller Devianz. Das Familieninterventionsteam des Jugendamtes hatte in diesem Konzept einmal die Aufgabe des Casemanagements. Gleichzeitig sollten durch sozialpädagogische und psychologische Testung und Diagnostik von sexuell übergriffigen Minderjährigen (und einer Kontrollgruppe von Gewalttätern) Daten gesammelt werden und Einverständniserklärungen eingeholt werden.

Die Untersuchungen wurden in zwei Bereichen durchgeführt. Bei der **sozialpädagogischen Testung** wurden in Kooperation mit der UKE Methoden gefunden, die multiprofessionell einsetzbar sind. Außerdem wurde eine **psychologische Testung** vorgenommen. Dies jedoch in einem überschaubaren Rahmen, denn diese Jugendlichen sind mit einer Anzeige bzw. einer Meldung von der Polizei beim Jugendamt gelandet. Somit sind die Diagnostik- und Interventionsmöglichkeiten zunächst einmal begrenzt, weil ihre Bereitschaft zur Kooperation eher gering ist.

Beim Sammeln der Daten ging es einerseits um ein wissenschaftliches Interesse dafür, um wen es sich bei den Tätern handelt und ob eventuell Prädiktoren in der Vorgeschichte für das übergriffige Verhalten erkennbar sind, andererseits um eine Abschätzung, welche Hilfen sinnvoll sind und wohin der Jugendliche geleitet werden soll. Die Hilfeplanung fand zum Teil in Absprache mit meiner Einrichtung statt.

Für uns als freier Träger der Jugendhilfe waren folgende Aufgaben im Rahmen des Modellprojektes vorgesehen:

- Niedrigschwelliges Beratungsangebot,
- Unterstützung, Fachberatung von betroffenen Einrichtungen,
- Vernetzung und Koordination (Schaffung eines Arbeitskreises),
- Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit,
- zu einem geringen Anteil Fallarbeit (in der Regel findet Fallarbeit über die Finanzierung von Hilfen zur Erziehung statt).

Die betroffenen Einrichtungen, in denen sexuelle Übergriffe stattgefunden hatten, sollten noch eine Anlaufstelle außerhalb des Amtes erhalten, die für ein bisschen Ruhe sorgen und einen Plan dafür hineinbringen kann, wie es weitergeht. Eine sehr wichtige weitere Aufgabe war die Vernetzung und Koordination der in Hamburg vorhandenen Hilfeangebote.

Dass die Fallarbeit nur zu einem geringen Teil zu unseren Aufgaben gehören sollte, hatte uns bei der Ausschreibung ein wenig irritiert, da wir in dem Bereich der therapeutischen Arbeit mit Tätern schon über Erfahrungen verfügten. Diese Arbeit wurde im Verlauf des Modellprojektes überwiegend über den Bereich der Hilfen zur Erziehung und zu einem minimalen Anteil über die Justizbehörde finanziert.

Das Institut für Sexualforschung (IfS) am Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) war zuständig für:

- Wissenschaftliche Begleitung,
- Sammlung und Auswertung der erhobenen Daten über (mutmaßlich) sexuell auffällige Minderjährige und der Kontrollgruppe von gewalttätigen Jugendlichen,
- Evaluation der Kooperationsstrukturen.

2. Erfahrungen/Erkenntnisse aus der Arbeit im Modellprojekt¹

2.1 Erkenntnisse aus der Sichtung der vom UKE erhobenen Daten

- In den drei Jahren sind über verschiedene Meldewege 177 Fälle beim FIT (hauptsächlich durch die Polizei, aber auch niedrigschwellig über „Wendepunkt e.V.“, aber auch zum Teil über die Schule u.a.) eingetroffen.
- Davon liegen für 83 Fälle Einverständniserklärungen der Eltern dafür vor, dass die Daten ausgewertet werden.
- Auffällig ist ein hoher Anteil von Tatverdächtigen mit Migrationsghintergrund (64 Prozent, davon wiederum 73 Prozent in Deutschland geboren).

¹ Informationen zu den Forschungsergebnissen bzgl. Kooperationsstrukturen: Spehr a., Driemeyer W., Bricken P.; Hamburger Modellprojekt für sexuell auffällige Minderjährige: Kooperationsstrukturen von Hamburger Institutionen in Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59: 792-809 (2010) Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co KG, Göttingen 2010

- Das Durchschnittsalter liegt bei 14 Jahren.
- Die Intelligenz ist leicht unterdurchschnittlich (IQ92,8).

In der Polizeistatistik ist ein relativer Pik im Jahr 2007 (also nach Beginn des Modellprojektes) in Bezug auf sexuelle Übergriffe durch Jugendliche zu verzeichnen, das hat sich aber inzwischen relativiert und eingependelt. Pressearbeit hat in diesem Bereich so gut wie gar nicht stattgefunden, da es sich um ein heikles Thema handelt, bei dem die Angst in der Öffentlichkeit falsch oder missverständlich zitiert zu werden sehr groß ist. Lediglich in einem Fall gab es eine Skandalisierung eines Vorgangs in der Öffentlichkeit, bei dem es um einen sexuellen Übergriff in einem Kinderhort ging und recht junge Kinder beteiligt waren. Wenn man ein standardisiertes Verfahren festlegt, besteht die Gefahr, dass Fälle mit in das Raster fallen, die eigentlich nicht hineinpassen. Im Laufe der Zeit hat sich das ein wenig ausgeglichen und die Aufregung um dieses Thema hat sich in Hamburg etwas gelegt, weil immer mehr Fachkräfte immer professioneller damit umgehen können.

Die Schwierigkeit für die Einrichtungen, die mit Tätern zu tun haben, liegt darin, dass sie immer zwischen den beiden Polen „Bagatellisierung“ und „Skandalisierung“ pendeln. Tendenziell in Richtung Bagatellisierung verhalten sich oft die Eltern. Ihre erste Reaktion ist natürlich Abwehr, wenn sie damit konfrontiert werden, dass ihr Kind in einen solchen Fall von sexuellen Übergriffen beteiligt ist. Dieses so genannte Verantwortungsabwehrsyndrom kann man sowohl bei Eltern, bei den Jugendlichen selbst als auch im sozialen Umfeld antreffen. Das überträgt sich auch auf die professionellen Helfer. Wenn beispielsweise in einer Wohngruppe so ein Fall auftritt, überlegen die Betreuer, ob sie sich das wirklich von dem „netten Jungen“, der der Täter sein soll, vorstellen können und ob das Mädchen nicht vielleicht selbst mit schuld ist ... Das ist gar nicht böswillig, sondern es geht auch darum, welche Bilder mit der Vorstellung von sexueller Übergriffigkeit vor allem über die Medien gekoppelt sind. Auch die Jugendlichen selbst haben sehr große Probleme damit, wenn sie sich plötzlich in der Rolle von jemandem sehen, der sich sozial auf der letzten Stufe befindet.

Ein Beispiel für die Bagatellisierung ist der Fall des Marco aus Uelzen, der verdächtigt wurde, gegenüber einem englischen Mädchen in der Türkei übergriffig geworden zu sein. In der Öffentlichkeit herrschte einhellig die Meinung, dass der nette, angepasste und unauffällige Realschüler unschuldig sei. Es fanden sogar Mahnwachen für den in Untersuchungshaft sitzenden Marco statt. Ich selbst kann und will nicht beurteilen, was er nun tatsächlich getan hat, aber die Reaktion der Umwelt auf diesen Fall ist absolut typisch.

Die andere Seite, die Skandalisierung, stellt sich durch eine sofortige Verurteilung der „Kinderschänder“ durch die Öffentlichkeit dar, was bewirkt, dass der Verdächtige sich nicht mehr aus seinem Haus heraustraut und ein vernünftiges Arbeiten mit ihm und seinem sozialen Umfeld nicht mehr möglich ist.

Die Einverständniserklärungen der Eltern zur anonymen Auswertung der aus den Testungen gewonnenen Daten zu bekommen, war nicht einfach.

Die Bögen, die dazu unterschrieben werden müssen, sind relativ umfangreich, weil das Verfahren z. B. auch über die Ethikkommission abgeklärt sein muss. Interessanterweise haben die Eltern den Antrag auf Hilfen zur Erziehung unterschrieben, aber nicht die Ein-

verständniserklärung. Die häufig in der Situation überforderten und oft auch verängstigten Eltern haben z. T. die Möglichkeit genutzt, sich an einem Punkt gegen die Intervention von außen abzugrenzen. Über die Gründe, warum sich Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund überproportional oft als Täter unter den Probanden des Modellprojektes wiederfinden, lässt sich im Moment nur spekulieren. Wichtig ist es, darauf hinzuweisen, dass dieser Begriff relativ weit gefasst wurde, also Kinder der dritten Generation unter diese Überschrift fallen.

Stichpunkte, die diese Auffälligkeit erklären könnten, sind z. B.:

- Das Anzeigeverhalten: Wer wird wie wahrgenommen?
- sonstige Delinquenz und damit auch Fokussierung auf bestimmte Problemgruppen.

Interessanterweise tauchen z. B. in der Auswertung des Modellprojektes bestimmte sozial privilegierte Stadtteile kaum auf. Es liegt die Vermutung nahe, dass in einer solchen Umgebung andere Wege der Problemlösung als die öffentliche Jugendhilfe gefunden werden.

Der Intelligenzquotient ist in Anbetracht der Schulformen, aus denen die Jugendlichen kommen, nicht so weit unterdurchschnittlich wie erwartet.

Folgende Testinstrumente wurden vom UKE eingesetzt:

- BARO (Basis Raads Onderzoek): Erfassung psychischer Störungen oder Auffälligkeiten (n=83),
- S-BARO Sexualmodul zum Screeninginstrument (n=82),
- CFT 20 (Culture Fair Intelligence Test) Grundintelligenztest (n=60),
- SPS-J (Screening psychischer Störungen für Jugendliche) Erfassung psychischer Störungen (n=59),
- MSI-J (Multiphasic Sex Inventory für Jugendliche) Messung psychosexueller Merkmale (n=46).

Interessant ist hier die „Basis Raads Onderzoek“, ein niederländisches Instrument, das von Herrn Gutschner aus der Schweiz für den deutschsprachigen Raum übersetzt worden ist. Es handelt sich hierbei um ein relativ umfangreiches, halbstrukturiertes Interview für die Eltern, für die Jugendlichen und auch für die Schule. Dieses Instrument hat allen am Projekt Beteiligten zugesagt, weil es eine sehr breite Abdeckung des sozialen, ökonomischen und auch Gefühls-Hintergrundes bietet. So konnten eine Menge an Informationen gesammelt werden, während die Ergänzung dazu, das S-BARO, eher als schwierig eingeschätzt wurde. Eine Frage darin bezog sich z. B. auf eigene Missbrauchserfahrungen und diese ist für Jugendliche, zumal männliche Jugendliche, sehr schwer zu beantworten.

Zu Beginn des Projekts war vorgesehen, dass auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie als Kooperationspartner einbezogen wird. Das scheiterte jedoch an den finanziellen Mitteln. Die Preisvorstellungen der KJP im Klinikum Eppendorf hätte den finanziellen Rahmen des Modellprojektes gesprengt. Daher wurde nach langen Verhandlungen die Vereinbarung geschlossen, dass im Fall von psychopathologisch auffälligen Jugendlichen – dies wurde anhand des SPS-J festgestellt – eine ganz normale Überweisung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie über die Krankenkasse erfolgt.

2.2 Erste Ergebnisse der Datenerhebung durch das IfS

- Von 53 Jungen mit Migrationshintergrund (überwiegend 2. Generation) waren 20 mit Wurzeln in der Türkei, sechs aus Ex-Jugoslawien, fünf aus Ghana.
- Es gibt überproportional viele Förderschüler (FS – Schularten siehe **Abbildung 1**) in dieser Gruppe von sexuell auffälligen Minderjährigen.

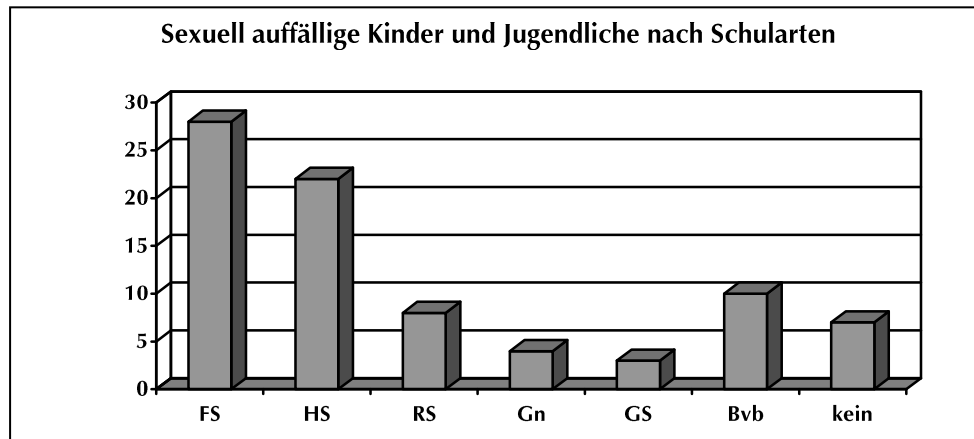


Abbildung 1

© IfS

Die Kollegen vom UKE haben diese Ergebnisse noch einmal umgerechnet auf den Durchschnittswert vom IQ, der eigentlich in Bezug auf die Vorgaben vom CFT 20 durchschnittlich niedriger als 92 Prozent liegen müsste. Das lässt vermuten, dass viele Jungen, die auffällig werden, in Förderschulen sind, weil sie vorher bereits sozial auffällig geworden sind.

Interessant ist auch **der sozioökonomische Hintergrund** der Täter:

- 60 Prozent der hauptversorgenden Elternteile sind ungelernt oder üben einen angelernten Beruf aus,
- 37 Prozent der Eltern sind erwerbslos,
- 36 Prozent der Probanden leben bei einem alleinerziehenden Elternteil, 31 Prozent bei den leiblichen Eltern und 19 Prozent in Stieffamilien.

Ein weiterer Aspekt ist **der biografische Hintergrund**:

- Über ein Drittel waren Zeugen häuslicher Gewalt,
- 64 Prozent kommen aus Scheidungsfamilien,
- 37 Prozent berichten von dysfunktionalen Familien,
- 16 Prozent wurden schon fremdplaziert,
- 27 Prozent sind selber Opfer körperlicher Gewalt geworden.
- Nur zwei Jugendliche berichten von eigener sexueller Viktimisierung (Situation der Befragung beim Erstkontakt).

Es deckt sich mit fast allen Untersuchungen zu sexuell auffälligen Minderjährigen, dass gerade das Erleben häuslicher Gewalt ein wesentlicher Faktor später übergriffiger Jungen darstellt.

Die Kinder und Jugendlichen wurden mit folgenden **Tatvorwürfen** bei uns vorstellig:

- Über ein Drittel der Tatvorwürfe sind relativ schwerwiegend: Versuchter oder vollzogener vaginaler oder analer Geschlechtsverkehr, Gruppenvergewaltigung;
- ein weiteres Drittel: Oralverkehr, simulierter Geschlechtsverkehr;
- nur ein Fall von Konsum von Kinderpornografie;
- „Betatschen“, verbale Übergriffe etc.

Eine Gruppenvergewaltigung ist ein Phänomen, das fast nur im Jugend- und Heranwachsendenalter auftritt und bei Erwachsenen sehr selten vorkommt. In der polizeilichen Kriminalstatistik von 2003, die Frau Elsner ausgewertet hat, sind Jugendliche und Heranwachsende mit 67 Prozent bei diesen Delikten vertreten. Unser Eindruck im Rahmen des Modellprojektes ist, dass diese Übergriffsart zunimmt und dass dies womöglich mit medialen Vorgaben zu tun hat.

Insgesamt ist sexuelle Übergriffigkeit von Jugendlichen jedoch nicht im dramatischen Ansteigen begriffen. In der kriminalpolizeilichen Statistik ist eine Zunahme seit Mitte der 1990er Jahre auf das Doppelte zu verzeichnen, das ist jedoch u. a. auf die Erhöhung der Aufklärungsquote zurückzuführen, also nur eine statistische Entwicklung. Es bedeutet nicht, dass sich die Fälle real verdoppelt haben.

Auffällig ist, dass viele Beratungsstellen darüber berichten, dass sie mit immer mehr Fällen von Kinderpornografie-Konsum zu tun haben, was mit den Ergebnissen des Modellprojektes nicht korrespondiert.

Ergebnisse aus der Psychopathologie nach dem SPS-J-Screening:

- Die Probanden unterscheiden sich signifikant in den Bereichen aggressiv-dissoziales Verhalten (AV) und Ärgerkontroll-Problematik (AK) von der Kontrollgruppe.
- Ängstlichkeit/Depressivität (AD) und Selbstwertproblematik (SW) gleichen sich in beiden Gruppen.
- AV und AD liegen in beiden Gruppen deutlich über der Normstichprobe.

Es gab eine Kontrollgruppe von gewalttätigen Jugendlichen, die auch im FIT bearbeitet worden ist. Die gewalttätigen und die sexuell auffälligen Jugendlichen unterscheiden sich vor allem im Bereich des aggressiv-dissozialen Verhaltens – hier fallen die gewalttätigen Jugendlichen mehr auf. In der Kategorie Ängstlichkeit/Depressivität liegen beide Gruppen auf einem gleichen Level. Es ist interessant festzustellen, dass beide Gruppen in den Kategorien AV und AD deutlich über der Normstichprobe liegen und in der Selbstwertproblematik deutlich darunter. Die Auffälligen berichten über weit weniger Selbstwertprobleme als die Probanden aus der Normalstichprobe. Die Ursache dafür kann ich mir im Moment noch nicht erklären.

2.3 Erfahrungen und Erkenntnisse der Beratungsstelle Wendepunkt

In die niedrigschwelligen Beratungsstelle Wendepunkt kamen:

- insgesamt 162 Fallanfragen,
- sieben Anfragen in der 2. Hälfte 2007 (Modellbeginn), 42 Anfragen in der 1. Hälfte 2010 (Modellende),
- Anfragen in der Hauptsache durch FIT/ASD, Schule/Kita und Jugendhilfe (stationär und ambulant),
- nur 26 Prozent Fallanfragen mit (bekanntem) Migrationshintergrund.

Die Anfragen haben sich im Laufe des Projekts durch die Vernetzungsarbeit gesteigert. Die Anfragen, die wir zu bearbeiten hatten, kamen hauptsächlich aus dem Jugendamt, außerdem aus der Schule und Jugendhilfeeinrichtungen, wobei die stationäre Jugendhilfe deutlich überwiegt. Der Migrationshintergrund hatte einen deutlich geringeren Anteil als bei den Fällen, die über eine Anzeige ans FIT gegangen sind. Das könnte vielleicht daran liegen, dass das Angebot eher von Eltern genutzt wird, die sich in einem solchen Kontext besser und effektiver bewegen können, bzw. dass die Anfragen eine andere Klientel widerspiegeln als die, die beim FIT ankommen.

Vernetzung und Koordination

Ein begleitender Arbeitskreis, der mit Unterstützung der Behörde eingerichtet wurde, tagte in der Regel alle zwei Monate mit Teilnehmenden aus Behörden und Jugendhilfe:

- Projektpartner,
- Justiz-, Schul-, Sozialbehörde,
- Polizei, Staatsanwaltschaft,
- verschiedene Beratungsstellen,
- Jugendhilfeträger – ambulant und stationär,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie saß zunächst etwas unwillig in diesem Arbeitskreis, weil sie von der Behörde in der Konzeption des Modellprojekts als zu teuer eingeschätzt und daher aus dem Diagnostikbereich ausgeschlossen wurde. Trotzdem wurde die Einbeziehung des KJP immer wieder thematisiert, weil bei einigen sexuell auffälligen Jugendlichen so viele Faktoren festgestellt wurden, die wir innerhalb des FIT und der Beratungsstelle nicht klären konnten und die einer psychiatrischen Untersuchung bedurften. Im Laufe der Zeit hat eine Annäherung stattgefunden, weil man sich inzwischen kennt und weiß, an wen man sich wendet, und die Verbindlichkeit deutlich besser geworden ist.

Andere Themen, mit denen sich der Arbeitskreis befasste, sind:

- Sexuell übergriffige Minderjährige mit Migrationshintergrund,
- Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Jugendlichen,
- Vernetzung mit KJPP,

- Vernetzung Schule,
- Vernetzung mit Beratungsstellen für Opfer sexueller Gewalt.

Zum ersten Thema haben wir uns Experten eingeladen, u.a. eine Pastorin aus Afrika, die zum Thema „Sexualität“ promoviert hatte. Wir wollten gerade bei diesem Thema nicht in kulturelle Diskussionsfallen tappen.

Die Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Jugendlichen war ein weiteres zentrales Thema, weil wir sowohl im Familieninterventionsteam als auch in der niedrigschwelligen Beratungsstelle festgestellt hatten, dass sehr viele Jugendliche aus dem Förderschulbereich oder gar aus diesem Bereich der kognitiven Beeinträchtigung kommen.

Die Vernetzung mit Schulen hat sich als roter Faden durch die drei Jahre gezogen, weil die Kinder und Jugendlichen den größten Teil ihrer Zeit in der Schule verbringen. Das heißt, hier wird die biografische Entwicklung wesentlich beeinflusst, aber es passiert auch viel Negatives und viele Übergriffe geschehen genau an den Schulen. An vielen Schulen wird nicht kompetent damit umgegangen, d.h., hier setzt oft eine Bagatellisierung ein oder ein Schüler wird an eine andere Schule versetzt, ohne den Grund dafür offen zu legen und zu bearbeiten. Das führt mitunter dazu, dass der nächste Übergriff vorprogrammiert ist. Die Kooperation verschiedener Stellen konnte eine Verbesserung auf den Weg bringen. Aus dem Arbeitskreis hat sich noch einmal ein Unterarbeitskreis gebildet, in dem der Verband der Opferberatungsstellen, die Beratungsstelle für Gewaltprävention in der Schulbehörde, die regionale Beratung an Schulen – vergleichbar mit dem Schulpsychologischen Dienst in anderen Bundesländern – sitzen. Diese Kooperationspartner haben eine Handreichung zum Umgang mit sexueller Übergriffigkeit an Schulen erarbeitet. Es wurde außerdem ein Casemanagement installiert, das bei der Beratungsstelle für Gewaltprävention angesiedelt ist. D.h., wenn in einer Schule ein Übergriff stattfindet, wird das an die Beratungsstelle gemeldet, die sehr gut mit den anderen Einrichtungen vernetzt ist und somit die passenden Hilfen empfehlen kann. Das vermeidet die früher häufig aufgetretene Situation, dass an verschiedenen Stellen jemand mit dem Jugendlichen arbeitet und keiner vom anderen weiß.

Die Vernetzung mit Beratungsstellen für Opfer sexueller Gewalt ist nicht so naheliegend, wie aus der Nähe der Thematik zu schließen wäre. Vor zehn Jahren war eine enge Kooperation zwischen Täter- und Opferarbeit nur schwer vorstellbar, weil es – sicher zu Recht – Vorbehalte gab. Die Opferberatungsstellen beklagten, dass für die Arbeit mit Tätern Geld ausgegeben wird, während bei ihnen gespart werden muss. Glücklicherweise wurde das in unserem Modellprojekt von der Behörde nicht gegeneinander gerechnet, auch finanziell nicht. Daher standen wir nicht in Konkurrenz zueinander, sondern konnten uns von Anfang an um eine gute Kooperation bemühen.

Für uns als niedrigschwellige Beratungsstelle ist diese Kooperation ein entscheidender Zugangsweg. Wenn zum Beispiel eine Mutter in die Opferberatungsstelle kommt und erzählt, dass ihr kleines Kind wahrscheinlich von dem großen Bruder sexuell missbraucht worden sei, ist man sich auch dort darüber einig, dass sich jemand mit diesem großen Bruder befassen muss, und kann die Mutter zu uns verweisen. Im Laufe der drei Jahre hat sich die Zahl der Fälle, die wir durch die Opferberatungsstellen erhielten, kontinuierlich erhöht.

Insgesamt sind im FIT drei Mädchen angekommen, das heißt nicht, dass nur so wenige Mädchen übergriffig agieren, sondern eher, dass Mädchen häufig nicht als Täter wahrgenommen werden.

Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit

Fortbildungen fanden einzeln und in Kooperation für:

- Schulen,
- Kitas,
- Jugendhilfeeinrichtungen

statt.

Die Öffentlichkeitsarbeit erstreckte sich auf:

- Fachtagungen, Fachgespräche,
- Verschickung von Foldern.

Insgesamt wurden 51 Veranstaltungen durchgeführt.

Aufgaben im Modellprojekt

Die eigentliche Fallarbeit zählte nur sehr begrenzt zu unseren Aufgaben. Wir bieten ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm, die „Ambulante Rückfallprophylaxe“ und eine niedrigschwellige, sexualpädagogische Beratungsebene an.

Die sexualpädagogische Beratung wurde während des Modellprojektes aus der Erwägung heraus eingeführt, dass, wenn die Beratungsstelle des Wendepunkt e. V. nicht solch ein niedrigschwelliges Beratungsangebot schafft, in einigen Fällen überhaupt nicht an die übergriffigen Jugendlichen heranzukommen ist. Dabei handelt es sich tendenziell um weniger schwerwiegende Fälle, in denen ansonsten von Seiten der Jugendhilfe oder Justiz kein Handlungsbedarf bestünde

Wenn die Fälle schwerwiegender sind, stehen wir sehr unter dem Druck, die Leute so zu beraten, dass es wirklich zu einer angemessenen Intervention kommt, denn es geht fast immer um Kindeswohlgefährdung.

Es gibt jedoch Inzestfälle, bei denen mit Rücksicht auf die Familie, trotz z. T. schwerwiegender und häufig auch hochfrequenten Übergriffen, von einer Anzeige abgesehen wird, aber trotzdem eine Intervention stattfinden soll. Wir sehen es in solchen Fällen als unsere Aufgabe an, in diesen Familien Schritt für Schritt ein Verständnis dafür herzustellen, sich in einen Behördenrahmen zu begeben. Selbst wenn direkt nach dem Übergriff die Bereitschaft in der Familie an einer Bearbeitung und Veränderung groß ist, verschwindet diese Bereitschaft im Laufe der folgenden Monate. Da die Jugendlichen die Unterstützung, aber auch den Druck ihrer Eltern für eine Auseinandersetzung mit ihrer Übergriffigkeit brauchen, fehlt uns für die Arbeit mit ihnen die Grundlage, wenn sie mit in die Bagatellisierung gehen.

3. Auswertung/Ausblick

1. Das FIT und der Wendepunkt eröffnen verschiedene Zugangswege zum Hilfesystem.

Dies kennzeichnet das Erfolgskonzept unserer Kooperation. Es gibt neben dem klassischen, obrigkeitsstaatlichen über das Jugendamt oder eine Anzeige auch den niedrigschwelligen Zugang über die Beratungsstelle. Die Berührungängste von Eltern, besonders auch von Eltern mit Migrationshintergrund, sich auf Kontakte mit dem Jugendamt einzulassen, sind z. T. sehr groß.

Die 162 Fallanfragen beim Wendepunkt sind nicht deckungsgleich mit den Fallanfragen beim FIT. Es gab z. T. Parallelanfragen beim FIT und beim Wendepunkt von unterschiedlichen Personen im Hilfesystem. Hier erwiesen sich die gute Kooperation und der kurze Weg zueinander in der gemeinsamen Fallbesprechung als hilfreich, um eine Klärung herbeizuführen und eine Doppelbearbeitung zu vermeiden. Diese Kooperation haben wir auch über das Modellprojekt hinaus erhalten können.

Zu uns kamen häufig die Anfragen zur Klärung von Verdachtsfällen, bei denen sich die Hilfesuchenden, zum Beispiel aus den Bereichen Kita oder Hort, nicht sicher waren, ob es sich tatsächlich um einen sexuellen Übergriff oder vielleicht nur um kindliche Neugier, Doktorspiele o.ä., handelt. Diese Anfragen waren meist durch Fachberatung, Fortbildung oder durch ein Gespräch mit den Eltern abzuklären.

Außerdem gibt es auch Anfragen zu bereits laufenden Fällen von Personen aus dem Umfeld des Tatverdächtigen, zum Beispiel wenn ein Schüler in eine andere Schule wechselt und die Lehrerin sich mit der Bitte um Beratung an uns wendet, weil es sie belastet und sie nicht weiß, wie sie damit umgehen soll.

2. Der niedrigschwellige Zugang im Wendepunkt hat sich bewährt.

Die Kontaktaufnahme zum Wendepunkt durch Eltern von Tatverdächtigen verstärkte sich gegen Ende des Modellprojektes, Das heißt, wir haben Zielgruppen erreicht, von denen wir es in dem Maße zu Beginn des Projekts nicht unbedingt erwartet hatten. Schulen nutzen im Verlauf des Projekts immer öfter die Möglichkeit zur niedrigschwelligen Beratung (drei Anfragen in 2007; 14 Anfragen in 2010). Anfangs gab es hier große Widerstände. Die Schule ist häufig ein System für sich und der einzelne Lehrer/die einzelne Lehrerin arbeitet eher unter Abschottung vor der Öffentlichkeit. Wenn diese sich inzwischen relativ schnell öffnen und sich Rat suchend an uns wenden, ist es genau das, was wir mit dem Projekt erreichen wollten.

3. Vernetzung ist zentraler Bestandteil gelingender Hilfeplanung.

Im Bereich Schule war es möglich, in Kooperation mit der Schulbehörde und verschiedenen anderen Stellen ein verbindliches Interventionskonzept zu entwickeln. Mit dem Arbeitskreis etabliert sich gleichzeitig ein Verbund, der Interventionen effektiver macht und der nach dem Modellprojekt weiter besteht.

4. Spezifische Kenntnisse im Jugendamt sind hilfreich: Die Zusammenarbeit mit dem FIT erleichtert uns den Alltag

Die Mitarbeiter/innen des FIT sind erfahren im Umgang mit sexuell auffälligen Minderjährigen. Das gewährleistet einen angemessenen Umgang mit den Tatverdächtigen, ohne den Bagatellisierungsversuchen der Eltern zu erliegen.

Gerade vorgestern rief mich ein Lehrer an und versuchte zu schildern, was einer seiner Schüler getan hatte. So etwas gegenüber einem Fremden in einem Telefongespräch zu formulieren, stellt eine hohe Herausforderung dar. Wenn ich aber weiß, da sitzt ein Kollege/ eine Kollegin, mit dem man das offen kommunizieren kann, ist das eine große Erleichterung. Man muss ja auch im Blick haben, ob man einer Kollegin gegenüber nicht selbst Grenzen verletzt, wenn man sexuelle Sachverhalte mit eindeutigen Begriffen schildern muss.

Kurze Wege zwischen Jugendamt und freiem Träger der Jugendhilfe sorgen dafür, dass Hilfen schnell installiert werden können. Wenn man in schwierigen Fällen weiß, an wen man sich wenden muss, und es einen persönlichen Kontakt gibt, ist es gerade auch bei einem immer noch tabubelasteten Thema wie Sexualität viel einfacher zu intervenieren.

Vor dem Modellprojekt hatten wir mit sehr verschiedenen Mitarbeiter/innen zu tun, die zum Teil zum ersten Mal mit solchen Problemen konfrontiert worden sind. Es dauert natürlich eine gewisse Zeit, bis man sich darin eingearbeitet hat. Ich persönlich arbeite lieber mit Kolleg/innen, die in diesem Bereich Erfahrungen haben oder weitergebildet sind.

5. Kognitiv Beeinträchtigte brauchen ein eigenes Konzept

Der Anteil von Fallanfragen bezüglich kognitiv beeinträchtigter sexuell auffälliger Minderjähriger ist verhältnismäßig hoch (27 Prozent).

Gründe dafür sind:

- Relativ engmaschige Betreuung dieser Klientel, hier fällt mehr auf,
- Weniger Möglichkeiten zur Vertuschung.

Gerade in Wohngruppen sind Kinder und Jugendliche häufiger unter Beobachtung, wobei manche Mitarbeiter oder Leiter gar nicht auf die Idee kommen, dass die Jugendlichen unter 18 Jahren bereits an „Ausübung“ von Sexualität denken und das auch in die Tat umsetzen. Es ist auch eine Frage der Haltung der Mitarbeiter einer Einrichtung zum Thema Sexualität. Gerade im Bereich geistig behinderter junger Menschen gibt es zum Teil Defizite. Keine Haltung zu haben, ist natürlich auch eine Haltung – die Botschaft ist, das Thema kann man nicht besprechen, es ist tabu. Wenn die Jugendlichen das merken, wird Sexualität weder im Positiven noch im Negativen als Thema auftauchen und somit werden auch Übergriffe nicht kommuniziert.

Anders als in Schulen, wo es möglich ist, eine Handlungsanweisung mit Interventionschritten einzuführen, ist es in Einrichtungen mit kognitiv Beeinträchtigten komplizierter. Im Grunde müsste auch in den Konzepten der Einrichtungen der Umgang mit Sexualität ebenso wie mit sexuellen Übergriffen ein Bestandteil sein. Es muss Klarheit darüber herrschen, was den dort lebenden Jugendlichen vermittelt werden soll. Es muss ein aktives

Thema sein, man kann nicht warten, bis etwas passiert oder darauf hoffen, dass nichts passiert. Deshalb braucht man ein eigenes Konzept zur Prävention.

6. Sexuelle Übergriffe mit mehreren Beteiligten nehmen zu: Sekundärprävention ist doch nötig!

Präventive Angebote z. B. in Schulklassen waren ursprünglich nicht als Teil des Modells vorgesehen, aber Übergriffe mit mehreren Beteiligten oder die mediale Inszenierung von sexuell übergriffigem Verhalten machen derartige Veranstaltungen notwendig, weil das übergriffige Verhalten zum Gesprächsstoff der Klasse oder des gesamten Jahrganges werden kann, dies übrigens häufig mit einer überraschend eindeutigen Positionierung auf Seiten der Täter. Klassische sexualpädagogische Intervention bedeutet, aktuelle Themen aufzugreifen. Die Jugendlichen derart sozialpädagogisch abzuholen, funktioniert im Fall eines Übergriffs nicht. Es geht einerseits darum, eine Kompetenz über Sexualität zu vermitteln, aber andererseits darum, ganz deutlich die Grenzen und die Konsequenzen für Grenzverletzungen aufzuzeigen. Seit 2009 finden daher präventive Veranstaltungen in Kooperation mit anderen Beratungsstellen statt, um in Übergriffsfällen auch in diesem Kontext angemessen intervenieren zu können.

7. Eine effiziente Arbeit mit sexuell auffälligen Minderjährigen braucht tragfähige Kooperationsstrukturen.

Interventionen sind schneller und effektiver, wenn Ansprechpartner/innen in anderen Einrichtungen bekannt sind. Interventionsketten sollten bekannt und Zuständigkeiten geklärt sein.

Erfahrene, fortgebildete Kolleg/innen, die im fachlichen Austausch stehen, minimieren die Gefahr von Skandalisierung oder Bagatellisierung.

8. Neben Grundlagenvermittlung müssen Fortbildungen und Fachgespräche sehr flexibel auf unterschiedliche Anliegen reagieren.

Unsere Erfahrungen, die wir im Bereich der Fortbildungen gemacht haben, kann man wie folgt zusammenfassen:

- Von Fortbildungen wird Grundlagenvermittlung zum Thema sexuell übergriffiger Minderjährigen erwartet.
- Viele Fortbildungsanfragen sind direkte Folge von sexuellen Übergriffen in Einrichtungen.
- Besonderes Interesse besteht an Fortbildungen zu Übergriffen unter kognitiv beeinträchtigten Minderjährigen.

Anfangs hatten wir speziellere Fortbildungen vorgesehen, aber in der Tendenz lag die Erwartung auf einer breiten Fächerung des Themas. Viele Fortbildungen haben wir in Kooperation mit Opferberatungsstellen und der Schulbehörde für verschiedene Bereiche angeboten.

Besonderes Interesse an Fortbildungen bestand, wenn bereits ein Übergriff stattgefunden hatte. Das wünscht man sich zwar nicht, aber trotzdem müssen wir damit umgehen, weil

das Thema der sexuellen Übergriffigkeit im pädagogischen Alltag keine große Rolle spielt, sondern erst dann, wenn bereits etwas passiert ist.

Ausblick

- Die Beratungsstelle wird verstetigt.
- Der Arbeitskreis wird weitergeführt, da alle Beteiligten ein ausdrückliches Interesse daran haben.
- Der Start einer stationären Gruppe für sexuell übergriffige Minderjährige erfolgte in Kooperation mit einem anderen Träger im Frühjahr 2010.
- Auch die Mitarbeit in anderen Vernetzungskreisen läuft weiter.
- Neue Arbeitsbereiche z. B. die sekundär-präventive Intervention in Schulklassen, werden in das Konzept übernommen.

Unser Auftrag innerhalb des Projektes war es u.a., Lücken zu erfassen. Daraus ergab sich der Beschluss, eine stationäre Gruppe für sexuell übergriffige Minderjährige einzurichten, denn es gibt so gut wie keine solche Gruppe in Norddeutschland. Zunächst hatten wir die Vorstellung, ein Angebot für Kinder unter 14 Jahren einzurichten, da wir festgestellt hatten, dass für diese so gut wie keine Angebote vorhanden sind. Wir bekamen ganz verschiedene Anfragen zu 9- bis 15-Jährigen, auch zu einem gehörlosen und einem stark kognitiv beeinträchtigten Jugendlichen, der nirgendwo unterkommt. Somit haben wir es plötzlich mit einer sehr heterogenen Gruppe zu tun, für die unser ursprüngliches Konzept ungeeignet ist.

Wenn ich die Diskussion in den letzten Jahren verfolge, die wir u.a. in der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Intervention führen, komme ich zu dem Schluss, dass der Bereich der Arbeit mit sexuell übergriffigen Jugendlichen auf einem guten Weg ist, wobei das Interesse an diesem Thema sicherlich auch konjunkturell bestimmt ist. Sexualität sollte ein Querschnittsthema sein, damit, wenn es zu sexuellen Übergriffen kommt, nicht alle ratlos sind und nicht wissen, wie sie damit umgehen sollen.

Arbeitsgruppen: Vom Papier zum Gespräch zum „Miteinander handeln“: Kommunale Strategien für die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Arbeitsgruppe 5: Blackbox – Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule

DR. SIEGFRIED HALLER

Leiter des Jugendamtes der Stadt Leipzig

1. Situation in Leipzig

Ende Juni/Anfang Juli 2010 fand in Leipzig der Weltkongress für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen statt. Wir haben es Professor Kai von Klitzing, einem herausragenden Forscher und Kinder- und Jugendpsychiater an der Universitätskinderklinik, der vorher in der Schweiz gearbeitet, viel in den USA geforscht hatte und der Vorstandsmitglied der World Association for Infant Mental Health (WAIMH) ist, zu verdanken, dass dieser Kongress mit etwa 1.400 Teilnehmern in Leipzig stattgefunden hat.

Zu meinem beruflichen Hintergrund ist anzumerken, dass ich zwar seit 17 Jahren als Jugendamtsleiter tätig, aber ursprünglich im Schulpsychologischen Dienst des Landes Rheinland-Pfalz aktiv war, so dass ich in beiden Seiten – der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie – zu Hause bin.

Die Versorgung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Leipzig teilen sich stadträumlich zwei Institutionen: Der etwas kleinere Teil ist der Zuständigkeitsbereich der Universitätskinderklinik und der etwas größere des Parkkrankenhauses, einer frei finanzierten Klinik, die etwa zwei Drittel der Stadt versorgt. Ergänzt wird die Versorgung in diesem Bereich durch die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/-psychiater.

Beide Leipziger Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) und Leipziger Jugendamt (JA) stellten 2003 Probleme in der Zusammenarbeit bei gemeinsamen Fällen – insbesondere mit komplexem Hilfebedarf – fest.

Der komplexe Hilfebedarf ist gekennzeichnet durch:

- Erfahrungen von Vernachlässigung, Misshandlungen,
- Probleme in sozialen Beziehungen wie nicht gelingende Eltern-Kind-Bindung, Ausgrenzung aus Gemeinschaft (Kita, Schule),
- schlechte Bildungschancen,
- vielfältige Störungen in der Entwicklung, Verhaltensprobleme, Eigen- und Fremdgefährdung,
- Grenzfälle zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie, „Drehtürfälle“.

Bei den Grenzfällen müsste die Schule zwingend ergänzt werden. Die Schule ist ein Teilsystem dieser Drehtüreffekte.

Wir sehen im Jugendamt Leipzig in regelmäßigen Abständen in Fachexpertisen die Akten stichprobenweise und systematisch durch, um ein Gespür dafür zu bekommen, welche Phänomene zu einer Intervention führen (**Abbildung 1**).

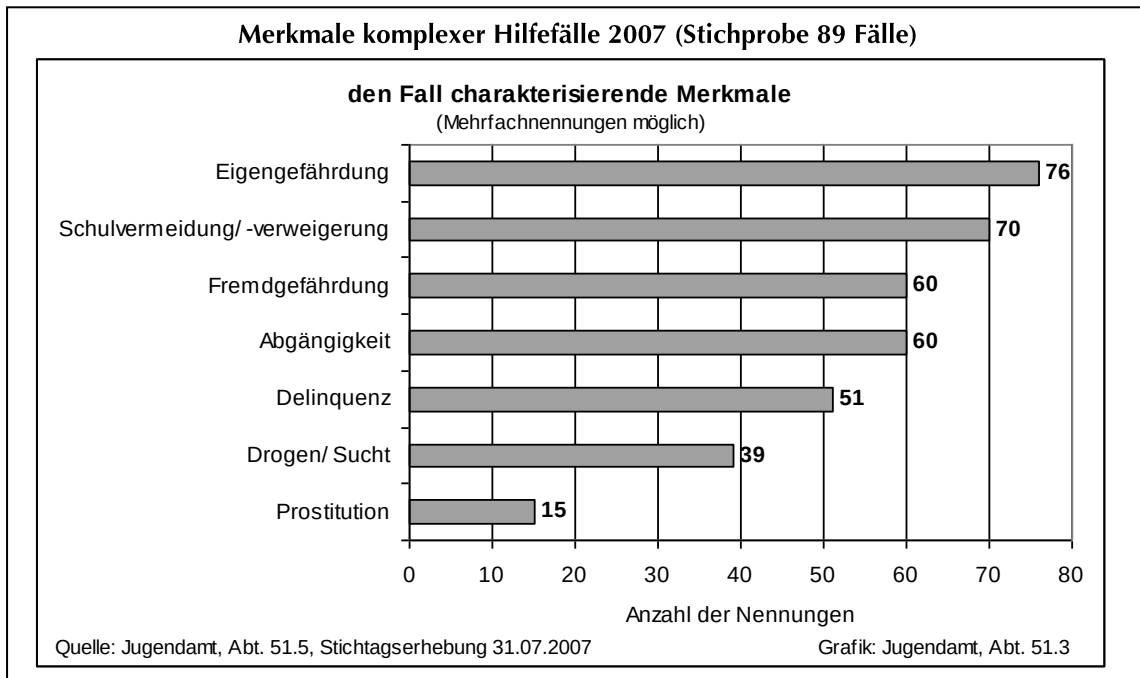


Abbildung 1

© Jugendamt Leipzig

Für die Fachleute in Leipzig war es interessant festzustellen, dass das Thema „Eigengefährdung“ im Verhältnis zum Thema Delinquenz oder Abhängigkeit so weit oben steht. Das hatte man vorher subjektiv anders eingeschätzt. Wir untersuchen alle drei bis vier Jahre diese Merkmale komplexer Hilfefälle.

Zur Stadt Leipzig ist generell zu bemerken, dass sie ca. 520.000 Einwohner hat, davon ca. 9 Prozent mit Migrationshintergrund. Leipzig verzeichnet ca. 5.000 Geburten pro Jahr und eine positive Wanderungsbilanz, insbesondere bei den 18- bis 25-Jährigen. In der Stadt leben etwa 90.000 Einwohner unter 18 Jahren. Leipzig verfügt über 280 Kindertagesstätten und 160 Schulen und umfasst ca. 300 Quadratkilometer Siedlungsfläche mit 10 Stadtbezirken und 63 Ortsteilen. Es ist sowohl für die Jugendhilfe als auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gleichermaßen relevant, dass wir wieder deutlich wachsende Geburtenzahlen verzeichnen, da das erhebliche Folgen nicht nur für die Infrastruktur im Bereich der Kitas und Schulen hat, sondern auch für die Infrastruktur, die im psychosozialen Kontext aktiv ist: Beratungsstellen, Schwangerschaftsberatungsstellen, Hebammen, Kinderärzte. In diesem Bereich wird es innerhalb der nächsten 20 Jahre einen Zuwachs geben.

Die **Abbildungen 2 und 3** zeigen die Aufteilung der Stadt in die Stadtbezirke, in die ASD-Sozialbezirke und die kinder- und jugendpsychiatrische Aufnahmegebiete der Kliniken. Wer in welche Klinik kommt, hängt vom Wohnort ab.

Die Aufteilung der Stadt Leipzig

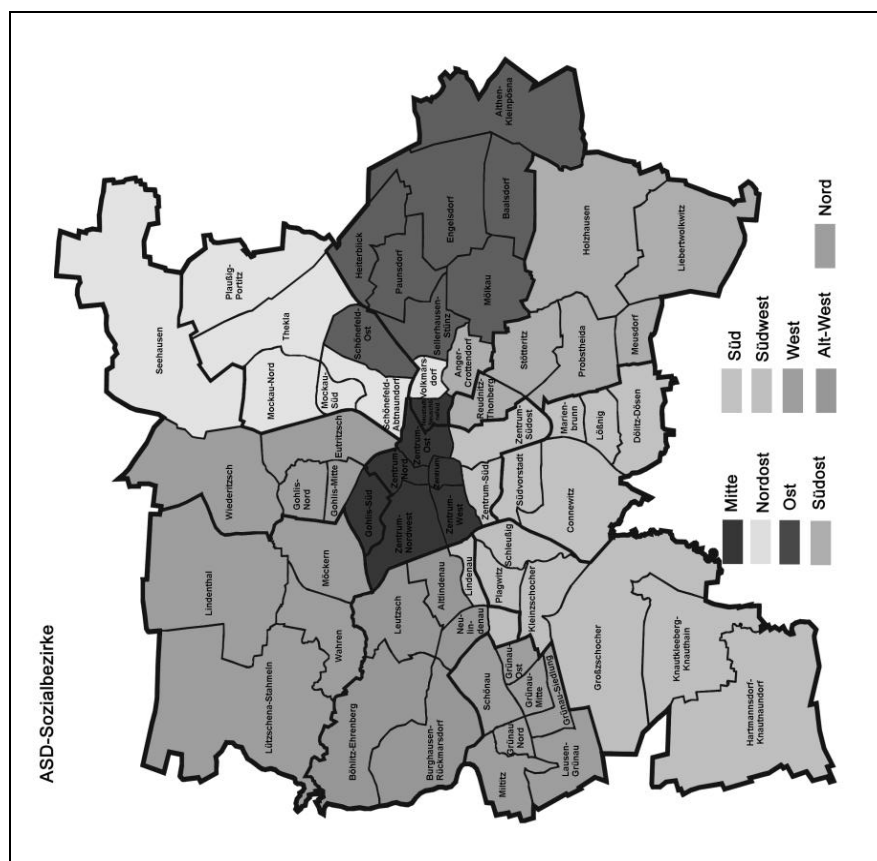
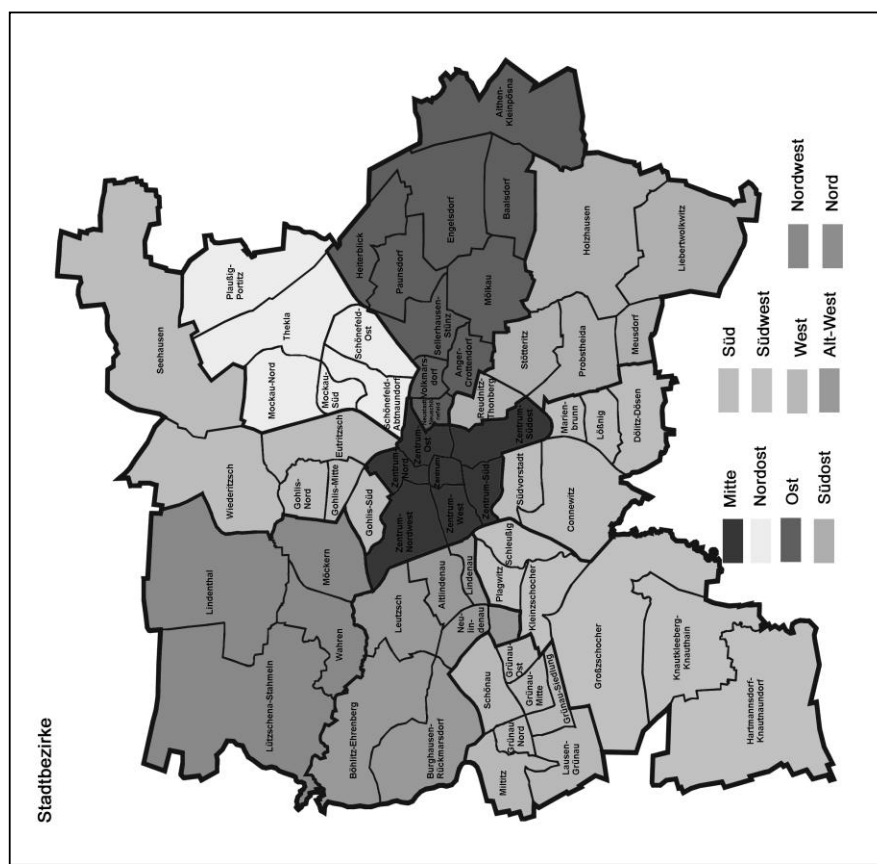


Abbildung 2

© Stadtjugendamt Leipzig



Abbildung 3

© Jugendamt Leipzig

2. Was wurde bisher gemacht?

Nachdem wir immer wieder Einzelfälle bis auf die Führungsebene strittig verhandelt haben, stellten wir gemeinsam fest, dass es so nicht weitergehen kann und es nicht den Fachkräften überlassen bleiben darf, sich in Einzelfällen aufzureiben. Zum Teil wurden wir in einigen Fällen in der Presse gegeneinander gestellt. Wenn sich Fachlichkeit und Professionalität in der Öffentlichkeit auf diese Weise darstellt, ist wirksame Arbeit für die Klienten erschwert. Wir haben uns deshalb darüber verständigt, in welchen Bereichen wir zusammenarbeiten wollen.

Im Jahr 2004 fand ein gemeinsamer Workshop im Parkrankenhaus statt. Dort wurde die Zusammenarbeit zu den Themen Krisenintervention, Frühintervention, Hilfeverweigerer und Drogen diskutiert und Festlegungen zur Erarbeitung einer Kooperationsvereinbarung

getroffen. Durch Kontakte im Fachverband AFET wurden dabei bundesweite Erfahrungen mit genutzt.

2004 wurde **zwischen beiden Leipziger Kliniken für KJPPP und dem JA eine Kooperationsvereinbarung** abgeschlossen. Die aktuelle Fassung wurde im Jahr 2008 erstellt. Die Vereinbarungsinhalte sind sowohl fallübergreifend als auch fallbezogen.

Die **fallübergreifenden Themen** sind:

- Kennen lernen von Arbeitsweisen des ASD und der Kliniken,
- Kindeswohlgefährdung,
- Fallauswertungen,
- Berichtsumfang,
- Krisenintervention,
- stationäre Hilfen in der Psychiatrie,
- Familientherapie als Angebot der Medizin und der Jugendhilfe.

Für die Kooperation ist es ganz entscheidend, ob die eine Profession überhaupt die Standards kennt, mit denen die jeweils andere Profession arbeitet. Hier besteht Handlungsbedarf, denn das Verhältnis ist bisher getragen von Nicht- oder Halbwissen, subjektiven Einschätzungen, Verdächtigungen usw. Es ist dringend notwendig, dass man, wenn man interdisziplinär vernünftig zusammenarbeiten will, weiß, aus welchem professionellen Blickwinkel, nach welchen Regeln bzw. Ritualen in Bezug auf Qualitäts- und Verfahrensstandards der Kollege/die Kollegin aus der jeweils anderen Profession handelt. Es wird zu schnell mit dem eigenen Blick auf die jeweilige Situation unterstellt, der andere müsste es ebenso sehen oder würde einfach die Situation nicht verstehen. Am Beginn der Kooperation sollte nach unserer Erfahrung daher dringend eine Fortbildung in gemeinsamen Veranstaltungen darüber stehen, was die Arbeitsweise und das Handlungskonzept des Kooperationspartners prägt.

In der nächsten Zeit soll das Bundeskinderschutzgesetz in Kraft treten, darin werden bestimmte Kooperationsnormen enthalten sein, die Veränderungen nicht nur im SGB VIII nach sich ziehen, sondern auch im SGB V und im Schwangerschaftskonfliktgesetz. Das schafft eine neue Kontextsituation für uns, auf die es angemessen zu reagieren gilt.

Fallbezogene Vereinbarungen dienen der Orientierung für die Zusammenarbeit im Einzelfall.

Jährlich wurden auf der Leitungsebene gemeinsam:

- Kooperationserfahrungen bilanziert,
- exemplarische Einzelfälle diskutiert,
- Schlussfolgerungen zur Weiterentwicklung der Kooperation und der Vereinbarung gezogen.

Das heißt, wir lernen im offenen Prozess ständig dazu.

Zur weiteren Verbesserung der Kooperation mit Psychiatrie und zusätzlich Schulen bzw. beruflicher Ausbildung wurde das **Landesmodellprojekt „Praxisbezogenes Forschungsvorhaben ‚Qualifizierte Betreuung für Familien und junge Menschen mit komplexem Hilfebedarf‘“** durchgeführt.

Das Projekt wurde durch den Fachbereich Sozialpädagogik der Universität Leipzig unter Leitung von Herrn Prof. Dr. von Wolffersdorff wissenschaftlich begleitet. Die Projektlaufzeit umfasste den Zeitraum vom 01.11.2007 bis 30.09.2009. Es sah eine Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung vor und war getragen von dem Wunsch nach intensiverer Einbeziehung der Schulen und der Leistungserbringer der Hilfen zur Erziehung.

Weitere Arbeitsthemen des Jugendamtes bei komplexem Hilfebedarf waren:

- Weiterentwicklung der Kooperation mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater/innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen,
- Aufnahme als strategisches Steuerungsziel im Teilfachplan Erzieherische Hilfen,
- Qualifizierung der Fallsteuerung im ASD,
- Schaffung von drei speziellen Leistungsangeboten für komplexe Hilfen.

3. Welche Erfahrungen gibt es bisher?

Es gibt erfreulicherweise ein deutlich wachsendes Interesse an echter Netzwerkarbeit zum Thema. Die Systeme beginnen, sich mit einer größeren Offenheit einander zu nähern und sich komplementär zu verhalten, weil sie offensichtlich zunehmend erkennen, dass allein die eigene Expertise nicht ausreicht, um das Optimum für den Klienten zu ermöglichen.

Dauerhafte Kooperation erfordert nach unseren eigenen Erfahrungen:

- Klare Abstimmung zwischen Leitungsebenen,
- Anforderungen kontinuierlich an die Mitarbeiter/innen weiterzugeben,
- Handlungssicherheit der Fachkräfte sicherzustellen,
- Rollenklarheit zwischen beteiligten Fachkräften zu schaffen,
- fallbezogene Ziele, Verantwortung und Aufgabenteilung abzustimmen,
- Umsetzung systematisch zu reflektieren.

In Leipzig haben wir vorbildliche Abstimmungsverfahren auf der Leitungsebene. Wenn ein kritischer Fall vorliegt, rufen die Klinikleiter mich sogar nachts oder am Wochenende an und wir klären das sofort. Manche Fälle, die eine kurzfristige Intervention erfordern, sind nur auf der Führungsebene zu klären, nicht auf der Fachebene. Die Verfahren funktionieren auf einer sehr vertrauensvollen Basis.

Es gibt gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen. Wir gehen inzwischen auch auf die niedergelassenen Fachkräfte zu.

Mitunter stehen wir vor der Situation, dass der ASD in seiner Steuerungsrolle für Fallkonferenzen unterlaufen wird, indem parallele Steuerungsprozesse in verschiedenen Institutionen stattfinden. Daher muss man miteinander vereinbaren, wer letztendlich die Fallsteuerung vorzunehmen hat.

In der Umsetzung muss man davon ausgehen, dass man sich immer noch in einem prozesshaften Stadium des Experimentierens befindet. Das heißt, wir sind gut beraten, eine offene Fehlerkultur zu praktizieren, um weiterzukommen.

4. Themen der neuen Kooperationsvereinbarung

Eine neue Kooperationsvereinbarung soll am 01. Januar 2011 in Kraft treten. Einige Punkte, besonders die Führungsebene betreffend, bedürfen aber noch einer Klärung.

Inhalte der Rahmenvereinbarung zur Kooperation bei komplexen Hilfen:

1. Anliegen der Kooperationsvereinbarung
2. Beteiligte Kooperationspartner
3. Leitlinien der Kooperation
4. Gesetzliche Grundlagen der Kooperation
5. Aufgaben und Pflichten der Kooperationspartner bei der Kooperation im konkreten Fallkontext
6. Schutz des Kindeswohls
7. Datenschutzbestimmungen
8. Kooperation im fallunabhängigen Kontext
9. Konflikt- und Fehlermanagement
10. Bilanzierung
11. Gültigkeit und Fortschreibung der Kooperationsvereinbarung

Anlagen zur Vereinbarung:

1. Handlungsleitlinien zum Fallverlauf im Rahmen stationärer Aufnahmen in einer Klinik für KJPPP
2. Definition der Begriffe Fallsteuerung, Fallverantwortung, Fallmoderation, Kindeswohlgefährdung
3. Leitfaden Verfahrensablauf und Informationswege bei vermuteter Kindeswohlgefährdung, Stand Mai 2010 (Quelle: Netzwerke für Kinderschutz Sachsen/Leipzig)
4. Orientierungshilfe Kooperation bei komplexen Fallsituationen
5. Aufgabenprofile der Kooperationspartner
6. Schulische Rahmenbedingungen und Handlungsmöglichkeiten der Schularten (Grundschulen, Mittelschulen, Förderschulen, Gymnasien, berufsbildende Schulen)

Alle Beteiligten haben den festen Willen zur konkreten Umsetzung, zur weitgehenden Standardisierung und Operationalisierung. Dazu gibt es viele Beispiele und Checklisten in den Anlagen.

In Sachsen und auch in Leipzig gibt es eine aus meiner Sicht hervorragende Bewegung „Netzwerke für Kinderschutz“. Das ist ein Landesmodellprojekt, das bis zum Ende des nächsten Jahres läuft und vom Freistaat mitfinanziert wird. In Leipzig hat das zu erheblichen Verbesserungen der Vernetzung zwischen den Institutionen geführt. Dieser Prozess wird ebenfalls vom Jugendamt gesteuert.

Therapeutische Intervention – nicht nur bei hoch komplexen Fällen – in einem Alter der Schulpflicht setzt zum Erfolg zwingend voraus, dass Sie in das Setting, in die Konstruktion der Intervention die Schule verlässlich einplanen können. Wenn Sie das nicht können, wirkt sich das biografisch sehr negativ auf das Kind aus. Der mit Abstand höchste Effekt auf den Bildungsprozess von Kindern liegt bekanntermaßen bei der Familie. In den Kontexten, die wir hier besprechen, ist die Familie ein Teil des Problems. Das heißt, wir können nur noch auf eine zweite Säule zurückgreifen, um stabilisierend zu arbeiten – das ist das Bildungssystem. Wenn Ihnen das Bildungssystem nicht verlässlich als Partner zur Verfügung steht, weiß ich nicht, wie Sie ein vernünftiges Konzept therapeutisch unterfüttern wollen. Hier besteht ein großer Handlungsbedarf. Man kann bei schulpflichtigen Kindern ohne die Schule kaum therapeutische Erfolge erzielen, das ist meine Erfahrung und Leitthese zugleich.

Beteiligte Kooperationspartner sind:

- Jugendamt der Stadt Leipzig,
- Sächsische Bildungsagentur, Regionalstelle Leipzig,
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Parkrankenhaus Leipzig,
- Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Leipzig,
- Gesundheitsamt der Stadt Leipzig,
- niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen in Leipzig,
- Sozialamt der Stadt Leipzig,
- Sozialpädiatrisches Zentrum Leipzig (SPZ).
- freie und kommunale Träger der Hilfen zur Erziehung und der Eingliederungshilfen sind als Fallbeteiligte innerhalb der Kooperation einzubeziehen, werden jedoch nicht als einzelne Kooperationspartner innerhalb der Vereinbarung aufgeführt.

Wir haben in den letzten Jahren gelernt, dass es nicht genügt, nur mit den Kliniken zusammenzuarbeiten. In einer Stadt wie Leipzig gibt es eine umfängliche Infrastruktur. Die Vernetzung ist daher anspruchsvoll und gelingt nicht immer. Wir haben die Partner gefunden, die im System notwendig sind und die jetzt in der Zeichnungsliste für die neue Kooperationsvereinbarung stehen.

Ich greife einmal den öffentlichen Gesundheitsdienst heraus. Ich halte die Landesgesetzgebung für die öffentlichen Gesundheitsdienste für ein Potenzial, das es auch für unser heutiges Thema aufzuarbeiten gilt. Die Gesundheitsämter werden bisher viel zu wenig einbezogen: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Kinder- und Jugendmedizinischer Dienst, Einschulungsuntersuchungen, Untersuchungen zu emotionalen Störungen und Sprachentwicklungsauffälligkeiten. All das wird zu wenig systematisch in unsere Arbeit eingebunden.

Die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater stellen wichtige Kooperationspartner dar. Die niedergelassenen Ärzte haben sich in den letzten Jahren selber aufgemacht, ein eigenes Netzwerk zu bilden und einen Sprecher berufen, der ein Mandat hat, mit uns zu reden. So etwas gab es vor zehn Jahren überhaupt nicht.

Das Sozialamt ist gerade zur Eingliederungshilfe ein wichtiger Partner, der systematisch einzubeziehen ist, weil man ansonsten in Einzelfällen um die Finanzierung streiten muss.

5. Was war/ist schwierig in der Kooperation?

Aus meiner Sicht ist es nicht sinnvoll, Vereinbarungsinhalte von der Leitung auf Mitarbeiterebene zu transportieren. Vereinbarungen sind Chefsache. Sie dienen dazu, die Standards der Arbeit zu definieren und verantwortlich zu sichern. Vereinbarungen dienen dazu, dass Fachkräfte in diesem Kontext ihre Arbeit erledigen können. Das kann man nicht auf die Mitarbeiterebene delegieren.

Die Umsetzung ist stetig zu kontrollieren. Ich werde regelmäßig mit der Aussage konfrontiert, dass meine Mitarbeiter nicht richtig arbeiten würden. Ich muss mir ein Verfahren überlegen, wie ich damit umgehe. Natürlich schütze ich meine Mitarbeiter, aber ich will verstehen, worin der Vorwurf tatsächlich besteht.

Das größte Problem für die Ärzte ist das fehlende Feedback zum Einzelfall. Das ist ein spannendes Thema, das sich um die Fragen rankt, welche Rolle der Datenschutz spielt, was man weitergeben darf und was nicht. Es gibt zu diesem Thema eine goldene Regel jeder Fachkraft, mit den Betroffenen offen darüber zu sprechen, was zu tun ist und die Personensorgeberechtigten dafür zu gewinnen, dass die notwendigen Informationen im System fließen können.

Es ist noch ein weiter Weg bis dahin, dass Fallkonflikte konstruktiv angesprochen werden. Offene Kommunikation wird viel zu wenig praktiziert und trainiert. Genau das ist aber notwendig, um zu gemeinsamen Lösungen zu kommen. Ein großes Problem liegt darin, Mitarbeiterwechsel zu bewältigen. Schaut man sich gescheiterte Fälle an, ist meist dieses Phänomen ein Kriterium für das Scheitern, nicht nur aus Gründen der Beziehungsqualität, sondern insbesondere aus Gründen der Verfahrens-, Inhalts- und Prozessqualität. Es stellt sich als schwierig heraus, Mitwirkende im Prozess zu behalten und neue einzubinden, ohne immer wieder ganz von vorn anzufangen.

6. Wie gehen wir (als Jugendamt) damit um?

Wir brauchen eine intensivere Herausarbeitung dessen, was funktioniert und was noch nicht, u.a. durch:

- regelmäßige Bilanzierungstermine,
- Auswertung des Landesmodellprojekts mit Interviews.

Konflikt- und Fehlermanagement ist Inhalt der neuen Vereinbarung. Möglichst klare Definition von Verantwortungen wird auch im weiteren Verlauf der Kooperation wichtiges Thema bleiben.

Bei Erstellung der neuen Kooperationsvereinbarung wurde der Mitarbeiterwechsel auf Leitungsebenen bewältigt durch:

- zähes Dranbleiben am Thema,
- Zeit investieren, immer wieder auf Kooperationspartner intern und extern zugehen,
- eigene Motivation der Beteiligten nutzen.

Mir ist es wichtig, die eigene Motivation der Beteiligten zu nutzen. Ich kenne keinen Arbeitsbereich, in dem eine solche hohe persönliche Motivation durchgängig zu beobachten ist. Das ist herausragend. Das ist eine Chance, die wir noch stärker nutzen sollten, um aus der Jugendhilfe heraus Netzwerke für den Kinderschutz klug und kompetent weiter zu profilieren.

Vielen Dank.

Arbeitsgruppen: Vom Papier zum Gespräch zum „Miteinander handeln“: Kommunale Strategien für die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Arbeitsgruppe 6: Med in NRW – Ein Projekt zur Schulverweigerung und Arbeitslosigkeit bei jungen Erwachsenen in Essen

DR. MED. VOLKER REISSNER

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters,
Kliniken/Institut der Universität Duisburg/Essen

2. Med in NRW

„Med in NRW“ ist das Synonym für zwei Projekte in Essen: das Essener Schulvermeider-Projekt und das Projekt „Support 25“. „Med in NRW“ ist ein Ausschreibungsprojekt des Wirtschaftsministeriums des Landes NRW, das bestimmte Projekte im Gesundheitsbereich fördern wollte. In unserem Antrag haben wir die zwei Projekte zusammengefasst. Support 25 ist unsere im Jahr 2007 eingerichtete Liaisonambulanz im Jobcenter Essen, wo sich die Jugendlichen zwischen 16 und 25 Jahren mit ALG II-Bezug einfinden. Außerdem besteht seit 2006/2007 eine Schulvermeiderambulanz an unserer Klinik. Die beiden getrennten Projekte beinhalteten lediglich Diagnostik, wir wussten daher nicht, ob die von uns gegebene Therapieempfehlung auch umgesetzt wurde und die Jugendlichen tatsächlich zum Therapeuten gegangen sind. Die Motivation der Jugendlichen, etwas für sich zu tun, schien nach unserer praktischen und empirischen Erfahrung gering ausgefallen zu sein. Wir haben das Projekt „Med in NRW“ über drei Jahre – mit den beiden Säulen „Schulvermeidende Jugendliche“ und „Arbeitslose Jugendliche“ (**Abbildung 1**) konzipiert. Bei beiden Gruppen geht es darum, nicht nur den Diagnostikteil auszubauen, sondern auch nach Vernetzungsmöglichkeiten zu suchen und in der Vernetzung die Motivation der Jugendlichen zur Inanspruchnahme einer Therapie zu verbessern.

Schulvermeidung und Arbeitslosigkeit	
Schulvermeidende Jugendliche	Arbeitslose Jugendliche
Vorannahmen: ▪ Psychisch schwer belastet, ▪ Kaum Inanspruchnahme des (psychiatrischen) Hilfesystems, ▪ Reduzierte Motivationslage, ▪ Angst vor Stigma.	

Abbildung 1

© Dr. med. Volker Reissner

Es gibt sowohl unter den schulvermeidenden als auch unter den arbeitslosen Jugendlichen einige mit seelischen Belastungen und einer ICD-10-Diagnose. Beide Gruppen nehmen kaum Hilfesysteme in Anspruch (das gilt nicht nur für das psychiatrische System). Es liegt eine reduzierte Motivationslage vor, etwas für sich zu tun. Oft haben sie gar kein Gespür für ihre eigenen seelischen Nöte. Beide Gruppen haben Angst vor Stigmatisie-

rung, und zwar in mehrfacher Hinsicht: zum Stigma, in der Schule versagt zu haben, und zum Stigma, arbeitslos zu sein, gesellt sich die Angst vor dem Stigma einer Psychiatrisierung, so dass sie sich aus diesem Grund nicht in eine psychiatrische Therapie begeben. Diese Annahmen gaben den Ausschlag dafür, diese beiden Bereiche zusammenzuführen.

2. Arbeitslose Jugendliche

Es gibt in der medizinischen Literatur Berichte darüber, dass es sinnvoll ist, einen Psychiater direkt im Jobcenter zu platzieren, und dass es möglich ist, Patienten mit einer schweren psychiatrischen Störung in das Arbeitsleben zu reintegrieren. Das ist bisher bei schizophrenen Patienten sehr gut untersucht. Erfolgreiche Projekte belegen dies und die Praxis ist auf diesem Gebiet schon recht fortgeschritten. Diese Erkenntnisse veranlassten uns zu unserem Vorhaben, eine solche psychiatrische Ambulanz langfristig auch in Essen einzurichten. Dazu wurden Gespräche mit dem Jobcenter, dem Gesundheitsamt, dem Sozialamt und dem Psychologischen Dienst geführt. Es dauerte drei Jahre, bis das Projekt tatsächlich im Jahr 2007 begann.

Die Kooperation zwischen Jobcenter Essen und Klinik basiert u.a. auf der Erkenntnis aus der Studie von Cook aus den USA: *„Die enge Zusammenarbeit von psychiatrischen und berufsfördernden Institutionen erhöht die Integrationswahrscheinlichkeit der Kunden in den 1. Arbeitsmarkt um das 1,5-fache bzw. 2-fache.“*¹

In dieser Studie geht es primär um Patienten mit einer schizophrenen Störung, die in der Regel einen Sozialarbeiter oder einen Trainer zur Seite gestellt bekommen, der sie an den Arbeitsplatz begleitet. Ähnliche Studien gibt es auch aus Europa. Eine große Studie wurde in über acht verschiedenen Ländern durchgeführt. Auch hier zeigte sich, dass so ein Programm helfen würde, dass aber insbesondere Prädiktoren aus dem sozialen Umfeld bzw. aus dem Arbeitsmarktumfeld des jeweiligen Landes vorhersehbar machen, ob das Programm erfolgreich ist oder nicht.

Das Ziel der Kooperation ist die Beratung des Fallmanagements und der Arbeitsvermittler, die Verbesserung der psychischen Gesundheit der Arbeitslosen sowie die Reintegration in den sozialen Kontext und damit Prävention von Folgeerkrankungen der Langzeitarbeitslosigkeit. Insgesamt wird eine Verbesserung der psychischen Gesundheit der arbeitslosen Jugendlichen angestrebt.

2.1 Der Integrationsprozess

Der Integrationsprozess im „Support 25“ wird in **Abbildung 2** schematisch dargestellt.

Stellen Sie sich vor, Sie sind unter 25 Jahre und haben ein Anrecht darauf, ALG-II zu beziehen – Sie gehen zum JobCenter und stellen einen entsprechenden Antrag. Es wird Ihnen ein Fallmanager oder Arbeitsvermittler zur Seite gestellt, der Sie in den Arbeitsmarkt wieder integrieren soll. Zunächst wird ein Profiling des „Kunden“ durchgeführt: Welche beruflichen Qualifikationen hat er/sie? Wie geeignet ist er/sie für den Arbeitsmarkt? Kann er/sie pünktlich Termine wahrnehmen? Ist er/sie belastbar? Gemeinsam werden Ziele definiert und die Integration in den Arbeitsmarkt geplant. Eine verbindliche

¹ Cook et al (2005)

Eingliederungsvereinbarung wird geschlossen und das Konzept umgesetzt: D.h., dem Kunden wird eine Gemeinwohlarbeit (1-Euro-Job), eine Fortbildungs- oder sonstige Maßnahme zugewiesen. Die Umsetzung endet idealerweise mit der Wiedereingliederung des Kunden in die Erwerbstätigkeit, ohne dass eine weitere Hilfebedürftigkeit besteht.

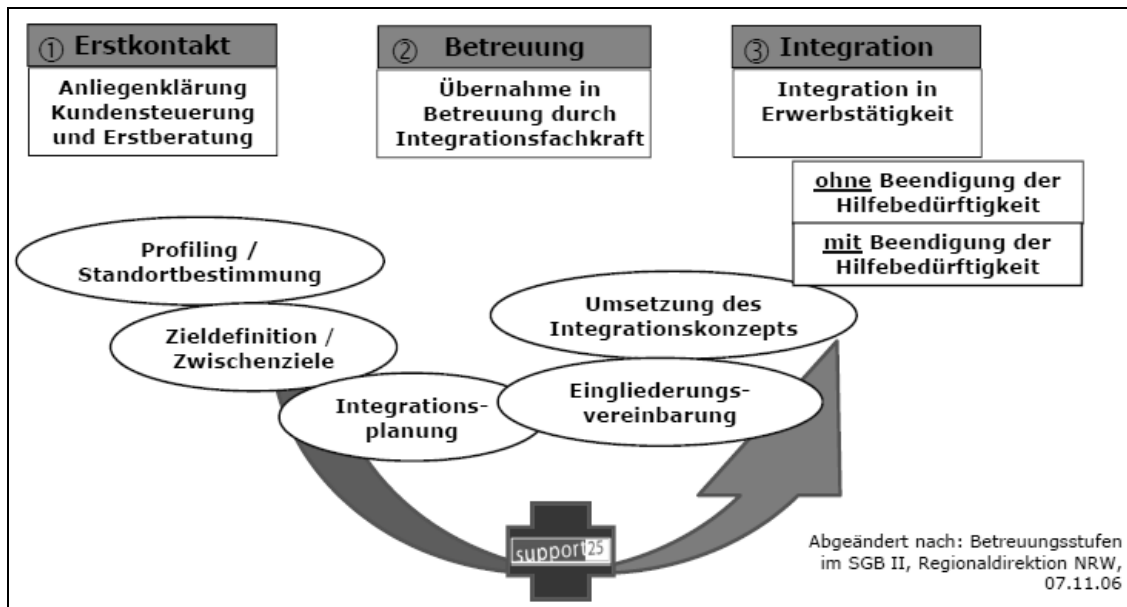


Abbildung 2

© Dr. med. Volker Reissner

Fällt dem Fallmanager oder Arbeitsvermittler auf diesem Weg auf, dass der Kunde möglicherweise schwere psychische Probleme haben könnte, schlägt er den Besuch von „Support 25“ vor. Er bietet dem Kunden eine kostenlose Beratung bei hierfür spezialisierten Coaches an. Diese Beratung bezüglich seines seelischen Wohlbefindens ist absolut freiwillig. Eine Ablehnung des Angebotes kann durch den Fallmanager nicht sanktioniert werden.

2.2 Der Ablauf

Wenn die Fallmanager und Arbeitsvermittler einen Kunden gut kennen und merken, dass dieser z.B. bereits mehrere Maßnahmen abgebrochen hat und etwa einen depressiven Eindruck macht, schalten sie „Support 25“ ein (**Abbildung 3**). Das heißt, der Kunde erhält einen Termin bei uns oder kann im Zweifelsfall direkt zu unserem Team herüberkommen. Unsere zwei Stellen vor Ort sind mit jeweils einem Arzt, einem Psychologen und mit psychologischen Psychotherapeuten besetzt. Der Kunde muss lediglich 50 Meter über den Gang vom Jobcenter zu uns zurücklegen. So wird der Kontakt hergestellt.

Wir beginnen mit einem psychiatrischen Screening. Es findet ein Erstgespräch statt und eine ausführliche Diagnostik wird erstellt. Sowohl der Kunde bzw. unser Patient als auch der Fallmanager und der Arbeitsvermittler erhalten von uns eine Rückmeldung. Stellen wir den Verdacht auf eine psychische Störung fest, geben wir eine weiterführende Diagnostik- und Therapieempfehlungen und hoffen, dass die Patienten dieser Empfehlung folgen. Im Idealfall führt dann die Behandlung durch eine Klinik oder einen niedergelassenen Psychiater oder Psychotherapeuten zu einer Wiedereingliederung.

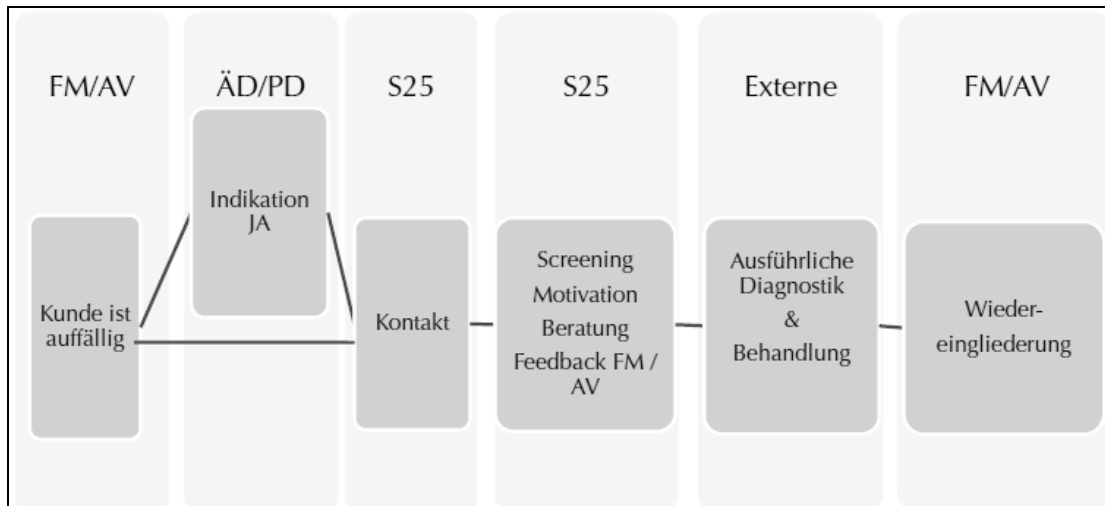


Abbildung 3

© Dr. med. Volker Reissner

ÄD/PD bedeutet Ärztlicher Dienst/Psychologischer Dienst. Zum Teil werden auch von diesen beiden Diensten Patienten zu uns überwiesen. Die Inanspruchnahme von „Support 25“ ist absolut freiwillig, die Weigerung ist sanktionsfrei. Im Normalfall merken die Fallmanager und Vermittler, dass es einem ihrer Kunden nicht gut geht und er z.B. schon zum dritten Mal nicht zum Termin erschienen ist, so dass eigentlich Sanktionen fällig wären. Innerhalb der drei Jahre mit unserer Ambulanz haben sie jedoch ein Gespür dafür entwickelt, ob der Kunde psychologische Hilfe benötigt. Erhalten sie eine Rückmeldung von uns, dass tatsächlich eine Störung vorliegt, ist das für sie ein Grund, keine Sanktionen zu verhängen.

Wir lassen uns von den Patienten eine Schweigepflichtsentbindung gegenüber dem Ärztlichen/Psychologischen Dienst und gegenüber dem Fallmanager sowie gegenüber Kollegen, die den Patienten vorher behandelt haben, geben. Wir sagen trotzdem dem Fallmanager nur soviel wie nötig und so wenig wie möglich. Private Dinge, wie Missbrauchserfahrungen usw., werden nicht weitergegeben. Ohne Kommunikation hat das Projekt jedoch keinen Sinn und man kann keinem wirklich helfen.

Fallbeispiel Romina S.:

- Bericht vom Fallmanagement:
 - Romina S., 21 Jahre alt, Hauptschulabschluss 10. Klasse; vor kurzem erst nach Essen gezogen;
 - keine berufliche Maßnahme regulär beendet;
 - auffällig: zurückhaltend, misstrauisch, weint zwischendurch, spricht sehr wenig, Schwierigkeiten dem Blickkontakt zu halten.
- Screening und Stellen einer Verdachtsdiagnose:
 - Vertrauen und Transparenz herstellen: Projekt erläutern und Schweigepflichtsentbindung;
 - Anamnese: Biografie, Schullaufbahn, soziale Kontakte usw.; Screening-Instrumente: z.B. Fragebögen.

- Biografie:
 - Mutter sei überfordert gewesen; mehrere Kinder ins Heim gekommen;
 - schwere Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter (sexueller Missbrauch).
- Symptomatik:
 - Schlafstörungen, Albträume, depressive Verstimmung, sehr misstrauisch, selbstverletzendes Verhalten (Spannungsabbau), emotionale Instabilität, Suizidgedanken in der Vorgeschichte, Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen, wenig Freunde, da sehr zurückgezogen.
- Ergebnisse des Screenings:
 - Hohe Belastungswerte in den Symptom-Fragebögen;
 - Verdachtsdiagnosen: posttraumatische Belastungsstörung, rezidivierende depressive Störung, Borderline-Persönlichkeitsstruktur/-störung?
- Vorbehandlungen/-diagnostik/-beratung:
 - Keine!
- Motivation und Beratung:
 - Aufklärung über Ergebnisse des Screenings;
 - Empfehlung: Diagnostische Abklärung beim niedergelassenen Kollegen (EKG, EEG, CCT, SORK etc.);
 - ggf. Therapie, z.B. Aufnahme einer Behandlung in Tagesklinik.
- Feedback und Zusammenarbeit für Fallmanagerin/Arbeitsvermittlerin:
 - Besprechung der Verdachtsdiagnosen;
 - Überlegungen zum Einsatz in verschiedenen Maßnahmen;
 - Planung einer Umschulung zur Altenpflegehelferin.

2.3 Zahlen/Statistiken

Arbeitsamtsärztliche Begutachtungen

In Deutschland gibt es zu den Zahlen im Bereich von psychischen/psychiatrischen Belastungen von Arbeitlosen nur eine Studie, die von A. *Hollederer* erarbeitet wurde. Alle Personen mit einer Erkrankung, die möglicherweise ihre Arbeitsfähigkeit einschränkt, werden zum Arbeitsamtsärztlichen Dienst geschickt. Dieser stellt die Diagnose und verfasst ein Gutachten. Diese Diagnosen umfassen nicht nur körperliche, sondern auch psychische Erkrankungen. Im Jahr 2001 wurden in der gesamten Bundesrepublik etwa 400.000 Gutachtenanträge gestellt, d.h. 400.000 Arbeitslose wurden amtsärztlich untersucht. Daraus ergibt sich ein breites Diagnosespektrum (**Abbildung 4**). Den größten Anteil haben mit 42 Prozent Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems und mit 25 Prozent psychische und Verhaltensstörungen.

Die psychologischen Kollegen von der Bundesagentur für Arbeit sind häufig keine klinischen Psychologen und die ärztlichen Kollegen sind keine Psychiater, so dass sie unter Umständen die eine oder andere Auffälligkeit übersehen, insbesondere im Bereich der Persönlichkeitsstörung, deren exakte Feststellung mitunter schwierig ist.

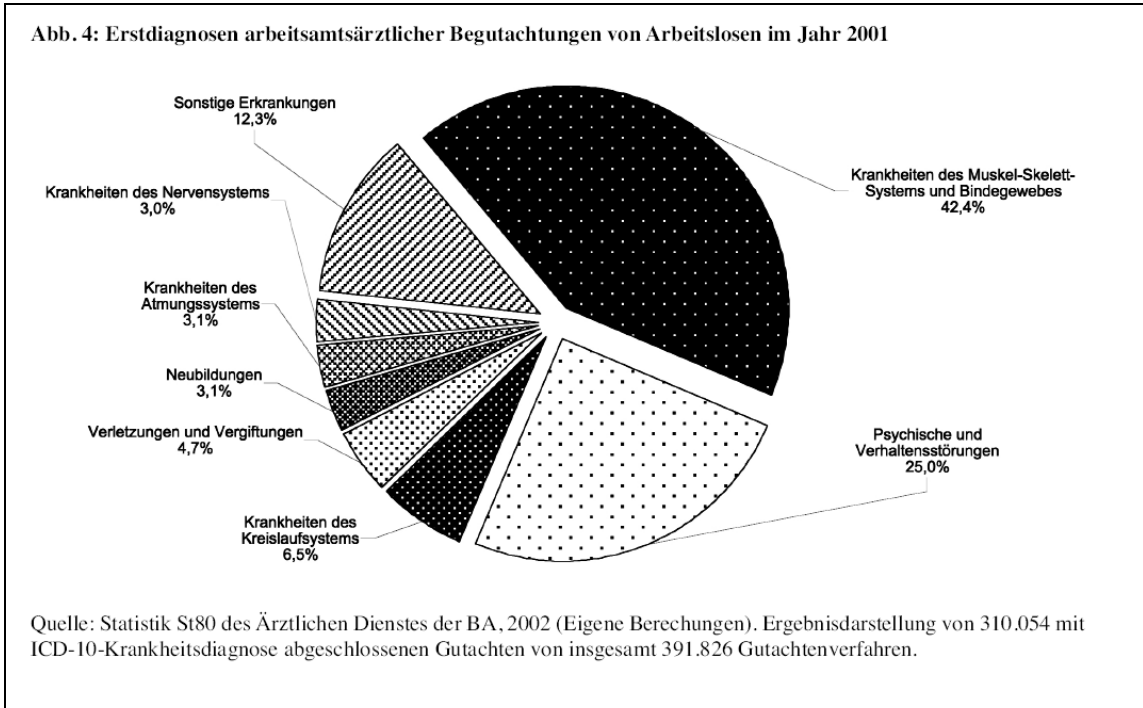


Abbildung 4

nach Holleder, 2002

Soziodemo- und biografie

Wir haben innerhalb unseres Projektes „Support 25“ untersucht, was hinter dieser Statistik steckt und haben von 164 Patienten die Daten ausgewertet:

- Gender: 57 Prozent weiblich
- Durchschnittsalter: 21.6 Jahre (41 Prozent unter 21 J.)
- Institutionelle Erziehung: 14.4 Prozent
- Schulbildung: 46 Prozent Kein Abschluss,
26 Prozent Hauptschulabschluss,
21 Prozent Realschulabschluss.
- Berufliche Biografie: 31.6 Prozent mindestens eine Maßnahme abgeschlossen – „Achiever“,
68.4 Prozent keine Maßnahme abgeschlossen oder begonnen – „Under-Achiever“

In diese Untersuchung wurden lediglich die Patienten einbezogen, die wir tatsächlich sehen. Manche erscheinen gar nicht bei uns oder kommen nur zum ersten Termin, dann aber nicht mehr. Das bedaure ich zwar, halte es aber nicht für so dramatisch, da immerhin schon einmal der Kontakt zu einem Hilfesystem gefunden wurde und der Kunde weiß, dass er hier über seine Probleme sprechen könnte und ihm jemand helfen würde, wenn er es möchte. Wenn dann der Leidensdruck wächst, ist das vielleicht ein Anlass, um doch wiederzukommen.

Das Verhältnis männlich/weiblich ist etwa ausgeglichen, das Durchschnittsalter beträgt 21 Jahre. Institutionelle Erziehung bedeutet, dass die Kunden mindestens ein halbes Jahr lang mal in einer Pflegefamilie oder in einem Heim waren. Bei der Schulbildung stellte sich eine deutliche Gewichtung in Richtung der Kunden ohne Schulabschluss heraus. Das ist im Vergleich zum Durchschnitt der arbeitslosen Jugendlichen unter 25 Jahren ein geringeres Bildungsniveau.

In Bezug auf die Berufsbiografie wurden die Jugendlichen gefragt, wie viele Maßnahmen sie begonnen, abgeschlossen und abgebrochen haben, seit sie im Jobcenter sind. Ein Drittel hat mindestens eine Maßnahme abgeschlossen, zwei Drittel entweder keine Maßnahme angefangen oder alle Maßnahmen bisher abgebrochen, diese nennen wir „Under-Achiever“.

Screening-Ergebnisse: Diagnosen

Alle psychischen und Verhaltensstörungen sind im Kapitel F im ICD-10-Katalog zusammengefasst. Auf der x-Achse in der **Abbildung 5** werden die verschiedenen Abschnitte F0 bis F9 des Kapitels dargestellt und auf der y-Achse die Zahl der Patienten/Kunden, die eine Verdachtsdiagnose aus dem Kapitel F bekommen haben.

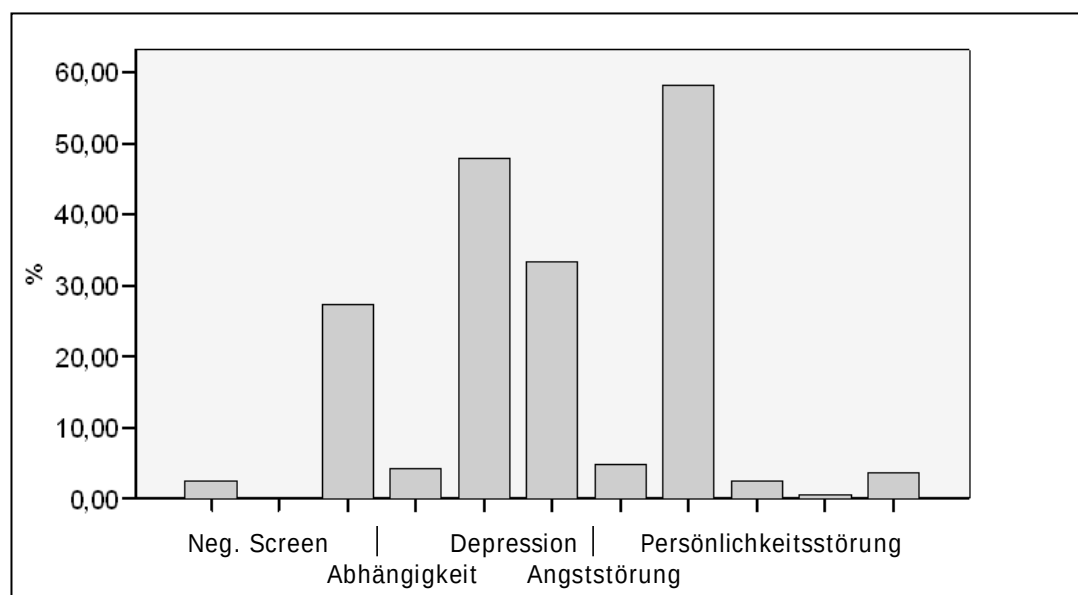


Abbildung 5

© Dr. med. Volker Reissner

Keine akute Diagnose (negatives Screening) haben 4 Prozent der Kunden erhalten. Diese haben aber häufig in der Vergangenheit eine psychiatrische Auffälligkeit gezeigt. Den größten Block bilden Persönlichkeitsstörungen, vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit 56 Prozent, den zweiten Block bildet die Depression, an dritter Stelle stehen Angststörungen und an vierter Abhängigkeitserkrankungen. Bei 30 Prozent der Untersuchten besteht der Verdacht auf mindestens *drei* psychische Erkrankungen, bei 65 Prozent der Untersuchten auf mindestens *zwei* psychische Erkrankungen.

Inanspruchnahme von psychiatrischen Versorgungssystemen

In den letzten drei bzw. sechs Monaten vor der ersten Befragung haben 16 Prozent der Jugendlichen psychiatrische Versorgungssysteme in Anspruch genommen. Zwischen der Teilnahme am Projekt „Support 25“ und der Nachbefragung ein Jahr später zeigt sich eine 54-prozentige Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems.

Zahlen im Verlauf: Schweregrad der Symptomatik

Den Fragbogen „SCL-90-R“ verwenden wir beim Erstgespräch und bei der Auswertung nach einem Jahr. Dabei geht es um den Schweregrad der Psychopathologie. Man kann einen Summen-Score bilden, das heißt, alle Items werden aufsummiert und mittels eines bestimmten Rechenalgorithmus zu einer Kennzahl zusammengefasst. Zu Beginn von „Support 25“ lag der Durchschnittswert bei 1,2. Das entspricht etwa einem Wert von Patienten in psychosomatischen Kliniken. Ein Jahr ist der Wert auf unter 1 gesunken (**Abbildung 6**). Das ist ein statistisch signifikanter Befund.

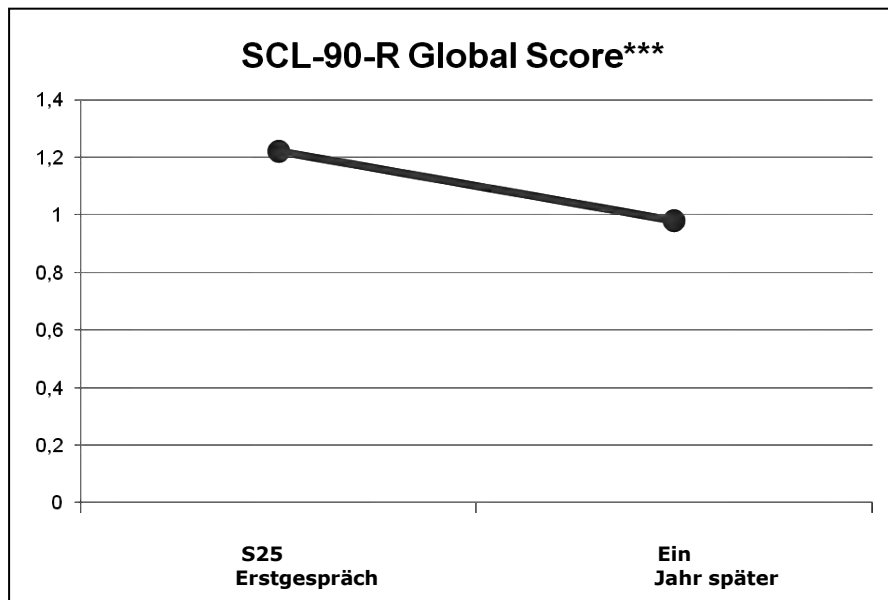


Abbildung 6

© Dr. med. Volker Reissner

Die Zahlen im Verlauf in Bezug auf die Arbeitslosigkeit haben sich innerhalb des Jahres ebenfalls zum Positiven verändert: Waren es zum Zeitpunkt des S25-Erstgesprächs noch 68,4 Prozent, die alle Job-Maßnahmen abgebrochen oder gar nicht erst begonnen haben, waren es ein Jahr später nur noch 51,8 Prozent „Under-Achiever“ und 48,5 „Achiever“.

3. Schulverweigerer

Es gibt drei Problembereiche, die zur Schulvermeidung führen können: die Familie, die Schule selbst oder seelische Probleme. Als Psychiater befasse ich mich hauptsächlich mit dem seelischen Bereich. Die Idee des Projektes ist es aber, dass wir durch Kooperation auch eine Verknüpfung zu den anderen Bereichen herstellen.

3.1 Schulvermeidendes Verhalten

Schulvermeidendes Verhalten wird grob unterteilt in **Schulverweigerung** und **Schulschwänzen**². Bei der **Schulverweigerung** geht es überwiegend darum, dass die Kinder und Jugendlichen **Angst** haben, in die Schule zu gehen: Sie fehlen **mit Wissen der Eltern** und zeigen Symptome wie Angst, Schwindel, Übelkeit, Bauchschmerzen, depressive Symptome, hinter denen die Diagnosen Emotionalstörung, Anpassungsstörung, Depression, Somatisierungsstörung, Phobie, Panikstörungen stecken. Zur Schulverweigerung gehört auch die **Schulangst**, Prüfungsangst, soziale Ängste mit den Diagnosen: Angststörung, Soziale Phobie, Anpassungsstörung. **Schulphobie** ist der Begriff für die Angst vor Trennung von den Eltern. Die Diagnose ist hier Emotionalstörung mit Trennungsangst. Das Kind hat vielleicht Angst, dass seiner Mutter in der Zeit, in der es in der Schule ist, etwas passieren könnte, es zögert das Verlassen der Wohnung hinaus, ruft mehrmals zu Hause an oder verlässt die Schule früher.

Das **Schulschwänzen** ist durch Fehlen ohne Wissen der Eltern mit den Symptomen Opposition, Delinquenz, Aggression, hyperkinetische Symptome und den Diagnosen (Hyperkinetische) Störung des Sozialverhaltens, oppositionelle Störung, ADHS, Anpassungsstörung mit gestörtem Sozialverhalten gekennzeichnet.

Außerdem gibt es eine „**Gemischte Symptomatik**“ mit **externalisierenden und internalisierenden Auffälligkeiten**. Hier können die Diagnosen einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, Anpassungsstörungen oder Störungen des Sozialverhaltens dahinter stehen.

Die **Pathogenese von schulvermeidendem Verhalten** ist von zwei wesentlichen Risikofaktoren bestimmt (**Abbildung 7**).

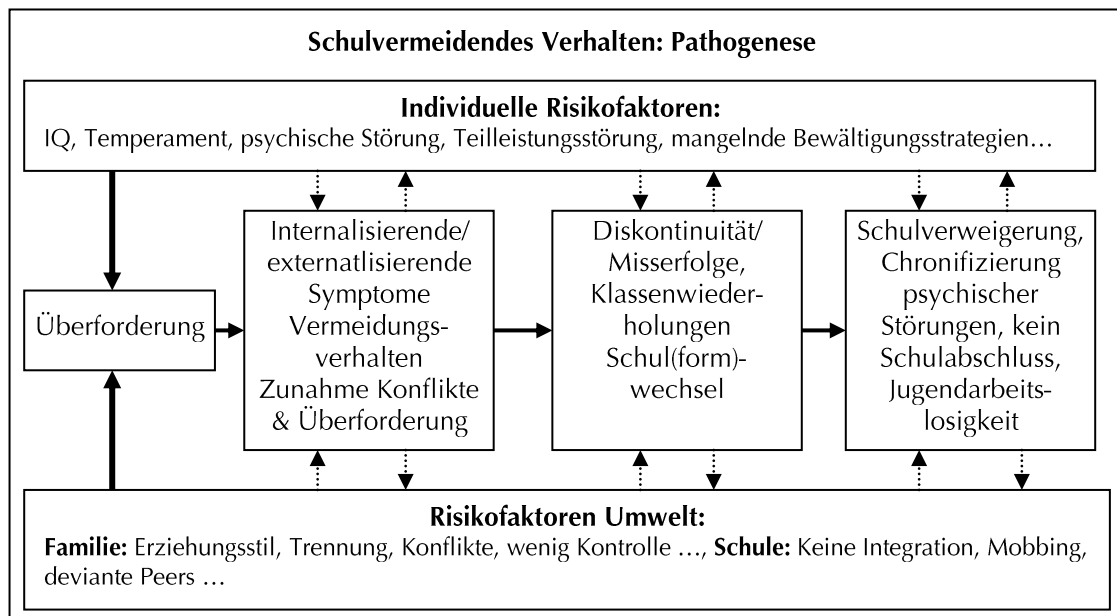


Abbildung 7

© Dr. med. Volker Reissner

² Knollmann et al., 2010

Die **individuellen Risikofaktoren** sind Intelligenzquotient, Temperament, das Vorliegen einer psychischen Störung und/oder einer Teilleistungsstörung, mangelnde Bewältigungsstrategien. Die **Risikofaktoren der Umwelt** liegen einmal in der **Familie**, insbesondere im Erziehungsstil, in einer möglichen Trennung der Eltern. Konflikte, wenig Kontrolle usw. spielen eine Rolle. In der **Schule** besteht das Risiko zur Schulvermeidung in einer mangelnden oder fehlenden Integration oder im Auftreten von Mobbing. Im Prinzip gehen wir von einer **Überforderungssituation** aus, die zu Symptomen führt, zu einer Zunahme von Konflikten und zu einer weiteren Überforderung. Es kommt zum unregelmäßigen Schulbesuch, zu Misserfolgen, Klassenwiederholungen, Schulformwechsel. Dadurch werden neue Ängste geweckt. Schließlich führt das zu Schulverweigerung und zur Chronifizierung psychischer Störungen. Damit ist der Schulabschluss gefährdet, was wiederum die Chancen auf dem Arbeitsmarkt wesentlich verringert.

3.2 Versorgungsprobleme

Meist liegen nicht nur individuelle seelische Probleme vor. Der Jugendliche befindet sich vielmehr schon am Ende eines langen Weges mit einer multifaktoriellen Genese oder Problemlage. Es gibt in der Schule selbst oder auch in der Familie Teilprobleme. Daher ist es nicht immer einfach herauszufinden, welches Versorgungssystem tatsächlich zuständig ist bzw. wer sich überhaupt zuständig fühlt.

In unser Projekt sollte die Schule, aber auch das Jugendamt als Hilfestellung für die Familie mit einbezogen werden. Hier trifft man allerdings häufig auf Defizite in der Kommunikation und im praktischen Vorgehen. Man findet oft nicht den richtigen Ansprechpartner, die Lehrer können meist telefonisch nicht erreicht werden, weil sie im Unterricht sind.

Für die Schulvermeider wurden früher ganz normale ambulante Strukturen vorgehalten. Der Lehrer oder die Eltern wandten sich an die ambulanten Einrichtungen mit der Sorge, dass ein Kind nicht mehr zur Schule gehen würde. Bis zum Beginn einer Therapie in den Ambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie verging eine Wartezeit von bis zu einem halben Jahr. Die Strukturen einer allgemeinen Institutsambulanz zur Diagnostik und Therapie von Schulvermeidern erweist sich häufig als unzureichend. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie sieht aus der monoprofessionellen Perspektive in der Regel nur die seelischen Probleme und die vorliegenden Defizite des betreffenden Kindes oder des Jugendlichen.

Wir hatten das Schulvermeiderprojekt u.a. mit dem Ziel ins Leben gerufen, diese Wartezeit drastisch auf zwei bis vier Wochen zu verkürzen, so dass die Kinder und Jugendlichen relativ schnell Hilfe aus dem psychiatrischen System bekommen und keine Chronifizierung eintritt.

3.3 Netzwerk

In die Schulvermeiderambulanz kommen in erster Linie die Jugendlichen und die Eltern. An uns wenden sich außerdem Kinderärzte, Allgemeinmediziner, Lehrer, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, außerdem Sozialarbeiter aus dem Jugendamt. Bisher lag unsere Aufgabe hauptsächlich in der Diagnostik und darin, die betreffenden Kinder bzw. die Fälle entweder in die (teil)stationäre Therapie, zurück in die Jugendhilfe, in die Schule

oder in die ambulante Therapie zu niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern zu verteilen und zu überweisen.

Inzwischen haben wir ein Netzwerk aufgebaut und dazu einen Fachbeirat geschaffen. An diesem **Fachbeirat** sind folgende Institutionen beteiligt:

- Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Familiengericht,
- Stadt Essen, Dezernat Soziales, Schulamt, Jugendamt, Gesundheitsamt,
- Regionale Schulberatungsstelle,
- Allgemeine Soziale Dienste des Jugendamts,
- Schulamt,
- Schulvermeider-Ambulanz/-Station LVR Klinikum.

Mit

- Beratungsstellen,
- Krankenkassen,
- IHK

sind noch Kontakte aufzunehmen.

Der Ablauf innerhalb unseres Projektes sieht vor, dass die Eltern mit ihren Kindern zu uns in die Schulvermeider-Ambulanz kommen, die Kinder hier innerhalb von zwei bis vier Wochen durchdiagnostiziert und danach in Therapien, entweder in die Therapie unserer Schulvermeider-Ambulanz oder in eine Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie überwiesen werden (**Abbildung 8**).

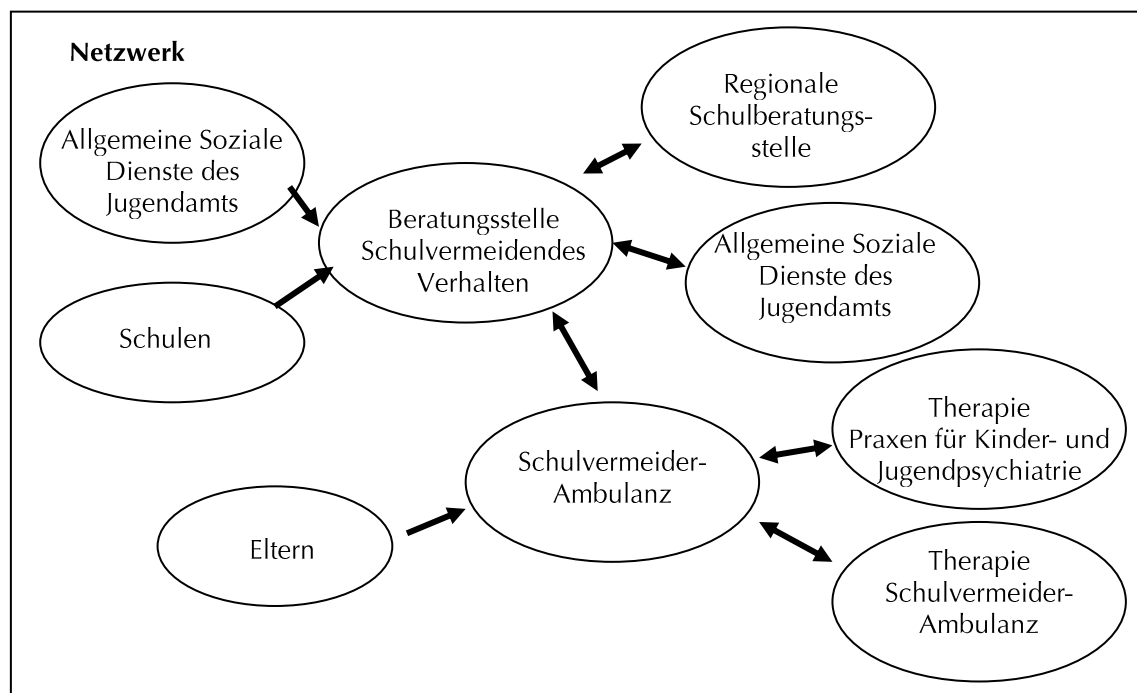


Abbildung 8

© Dr. med. Volker Reissner

Wir kooperieren mit der Ruhrlandschule für Kranke, das ist eine Krankenhausschule, nicht nur für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, sondern für das gesamte Universitätsklinikum, mit Fachlehrern auf den Stationen. Von ihnen werden die Kinder, je nach ihren Fähigkeiten, während ihrer stationären Therapie unterrichtet.

Eine Beratungsstelle „Schulvermeidendes Verhalten“ soll zum 01.12.2010 freigeschaltet werden. Das Team der Beratungsstelle besteht aus einem Lehrer der Ruhrlandschule, einer Krankenschwester aus unserem Hause, die sozialarbeiterische Aufgaben übernimmt, und einer Kinder- und Jugendpsychiaterin. Grundlage ist die Idee, dass Lehrer die Eltern anschreiben und ihnen dann in einem Gespräch mitteilen, dass diese sich in der Beratungsstelle „Schulvermeidendes Verhalten“ unverbindlich beraten lassen können. Diese Beratungsstelle ist in der Ruhrlandschule für Kranke, so dass zunächst primär keine Verbindung zur Psychiatrie ersichtlich ist, aber auch nicht zum Jugendamt, da dies sonst ebenfalls unter Umständen negativ besetzt wäre.

Die Familien bekommen in der Beratungsstelle ein Screening, dazu führen die drei Kollegen mit ihnen ein Gespräch über 60 Minuten. Nach diesem Gespräch wird entschieden, ob es primär um ein schulisches Problem geht, was eine Verweisung an den Schulpsychologen zur Folge hat. Steckt eher ein familiäres Problem hinter der Schulverweigerung, verweisen wir die Familie an das Jugendamt. Ist es ein psychiatrisches Problem, erfolgt eine Überweisung an unsere Ambulanz mit der nachfolgenden Diagnose und Therapie.

Klienten können uns durch Lehrer, aber auch dem Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes zugewiesen werden. Die multiprofessionelle Beratungsstelle dient somit als zentrale Vermittlungs- und Clearingstelle zwischen den Systemen.

Wir versuchen, einen Rückmeldemechanismus zwischen Schule und Beratungsstelle zu installieren. Wir wollen wissen, wer tatsächlich zu uns gekommen ist. Außerdem können sich die Lehrer bei uns mit den Kollegen austauschen. Voraussetzung dafür ist eine Schweigepflichtsentbindung. Wir können noch nicht voraussagen, wie ausgelastet die Beratungsstelle sein wird; das wird sich im Laufe der Praxis herausstellen.

Wir erstellen zurzeit ein Therapie-Manual für Schulvermeider mit seelischen Problemen. Die Therapie soll evaluiert werden, so dass wir einen Teil der Patienten mittels unseres Manuals behandeln. Den anderen Teil der Patienten schicken wir zu den niedergelassenen Psychotherapeuten. So können wir später die Therapieerfolge in beiden Gruppen vergleichen. Wir führen ein relativ ausführliches Therapieprogramm durch und entscheiden nach neun Wochen, ob die Therapie ambulant weitergeführt werden kann. Innerhalb des Programms werden sechs bis sieben Einzelsitzungen abgehalten und danach gehen wir in die Gruppentherapie über, wobei parallel noch Einzelsitzungen stattfinden. Wenn sich nach neun Wochen – das ist die Hälfte des Behandlungsprogramms – herausstellt, dass die ambulante Therapie nicht ausreicht, wird die Entscheidung über eine stationäre Aufnahme getroffen. Haben wir bereits früh den Verdacht, dass es sich so entwickeln wird, melden wir auf der Station bereits zu diesem Zeitpunkt einen Platz auf der Warteliste an.

Unser Therapie-Manual sieht vor, dass unsere therapeutische Arbeit:

- motivierend,

- ressourcenorientiert,
- aufsuchend,
- multiprofessionell,
- vernetzt,
- Lerntheorie-basiert

abläuft.

Wir versuchen in erster Linie non-direktiv, Motivation dadurch zu erzeugen, dass man mit verschiedenen Therapietechniken eine kognitive Dissonanz herstellt. Das bedeutet, man findet die mittelfristigen Ziele des Jugendlichen heraus, man fragt, wie er diese erreichen möchte und ob er meint, dass das gegenwärtige Verhalten ihn zum Erreichen des Ziels führen wird.

Wir wollen ressourcenorientiert denken, nicht nur die (psychischen) Defizite sehen. Die Kollegin, die sozialarbeiterische Zuständigkeiten hat, fährt zu den Eltern, betreibt im Prinzip auch vor Ort Diagnostik, arbeitet mit der Familie Beraterisch und familientherapeutisch.

4. Zusammenfassung – Ausblick

Unsere Arbeit ist, wie teilweise bereits beschrieben,

- motivierend,
- Teil-Ziele akzeptierend,
- ressourcenorientiert,
- aufsuchend,
- niedrigschwellig,
- multiprofessionell,
- vernetzt.

Für uns ist es wichtig, dass wir uns nicht zuviel vornehmen, sondern auch Teilziele akzeptieren. Die Beratungsstelle soll z.B. ein niedrigschwelliges Angebot sein. Wir sind bisher noch nicht dazu gekommen, Streetworker einzubeziehen, aber das wäre ein logischer Schritt. Wir arbeiten multiprofessionell und vernetzt.

Das alles sind Dinge, die in einem anderen Bereich der Medizin und auch der Sozialarbeit als Harm-Reduction bezeichnet wird, ein Begriff aus der Suchttherapie. Das bedeutet, dass man alles versucht, um die Patienten oder Klienten mit solchen Maßnahmen im Hilfesystem zu halten, um einer Chronifizierung des Verhaltens vorzubeugen und somit eine (Re)Integration ins Arbeitsleben zu ermöglichen.

Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie unter den jetzigen gesetzlichen Rahmenbedingungen

PROF. DR. UTE ZIEGENHAIN

Leitende Psychologin,

PD DR. MED. MICHAEL KÖLCH

Leitender Oberarzt,

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

1. Psychisch belastete Kinder und Jugendliche

Unser Vortrag soll nicht nur die gesetzlichen, sondern auch andere Rahmenbedingungen berücksichtigen und außerdem eine kurze Zusammenfassung der Diskussion in den letzten beiden Tagen bilden.

Wir haben eine Zunahme von psychischen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen aller Altersstufen zu verzeichnen (**Abbildung 1**). Wir wissen auch, dass dies Kosten verursacht. **Abbildung 2** verdeutlicht, an welcher Stelle eine Unterstützung am sinnvollsten ist – das ist die Altersstufe bis 5 Jahre. Diese Grafik wurde von einem Bildungsexperten erstellt und übrigens von Tony Blair während seiner Amtszeit als Premier mit aufgenommen. Alle Maßnahmen, die später einsetzen, verursachen sehr hohe Kosten, die sich irgendwann unter einer Kosten-Nutzen-Balance nicht mehr rechnen. Es ist allgemein bekannt, welche Folgekosten entstehen, wenn keine frühzeitige Intervention und Unterstützung erfolgt, insbesondere im Bereich der Delinquenz und der Störung des Sozialverhaltens bei Jugendlichen.

Wir haben es mit einer besonderen Gruppe von Kindern und Jugendlichen zu tun, um die es uns auch hier auf dieser Tagung gegangen ist – Kinder und Jugendliche mit extremen und kumulierenden psychosozialen Belastungen, mit frühem Beginn von Misshandlung, sexuellem Missbrauch, Deprivation sowie multiplen Beziehungsabbrüchen durch unterschiedliche Fremdplatzierungen. Diese Aspekte sind in der Heimkindstudie aufgegriffen worden. Diese Studie spricht von 60 Prozent behandlungsbedürftigen Kindern, mit einer deutlich stärkeren Ausprägung/Symptombelastung psychischer Störungen relativ zur sonstigen Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie¹.

Die Kinder und Jugendlichen weisen externalisierende Verhaltensprobleme (aggressiv-impulsives Verhalten), zunehmend Persönlichkeitsstörungen mit selbstverletzendem Verhalten, erhöhte Suizidalität, massiv erhöhtes Suchtentwicklungsrisiko auf.² Dies sind vermutlich Folgen früher Störungen der Bindungsbeziehung (neben belegten dispositionellen Temperamentsmerkmalen und anlagebedingten Risiken). Das bedeutet, die Kinder tauchen recht früh mit einem hohen Risiko in einem unserer Systeme auf, in der stationären Jugendhilfe oder Kinder- und Jugendpsychiatrie.

¹ Meltzer et al., 2003

² Fegert et al. EMCDDA-Bericht 2007 – forthcoming
http://europa.eu/agencies/community_agencies/emcdda/index_de.htm

Verhaltensauffälligkeiten (SDQ-Elternbericht)														
Altersgruppen			7-10 Jahre			11-13 Jahre			14-17 Jahre			Gesamt		
3-6 Jahre			Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Geschlecht														
Jungen % (95% KI)			60,8 50,3 63,2	20,8 18,8 23,0	18,4 16,6 20,4	64,9 62,5 67,1	16,5 14,7 18,4	18,7 17,0 20,5	18,2 16,2 20,4	69,1 66,9 71,3	15,2 13,5 16,9	64,9 63,7 66,1	17,5 16,6 18,5	17,6 16,6 18,7
Mädchen % (95% KI)			69,4 66,9 71,8	17,5 15,6 19,5	13,1 11,3 15,2	75,6 73,4 77,7	13,1 11,5 14,9	11,3 9,9 12,9	15,4 13,4 17,7	75,9 73,7 78,0	12,5 11,0 14,2	73,6 72,4 74,9	14,5 13,5 15,5	11,9 11,1 12,8
Migrationsstatus														
Migrant % (95% KI)			60,4 55,9 64,7	23,0 19,2 27,2	16,7 13,4 20,5	64,6 60,2 68,8	17,8 14,9 21,1	17,6 14,7 20,9	20,3 16,8 24,4	69,5 64,7 73,8	15,5 12,4 19,2	64,0 61,8 66,1	19,0 17,3 20,9	17,0 15,5 18,7
Nicht-Migrant % (95% KI)			65,9 64,1 67,7	18,4 17,0 20,0	15,6 14,1 17,2	71,1 69,4 72,7	14,3 13,1 15,6	14,6 13,3 16,0	16,1 14,3 18,1	73,0 71,2 74,7	13,6 12,3 14,9	70,1 69,2 71,0	15,4 14,7 16,2	14,4 13,6 15,2
Sozioökonomischer Status														
Niedriger % (95% KI)			56,2 52,9 59,3	22,4 19,8 25,3	21,4 18,8 24,2	58,5 54,9 62,1	17,7 15,2 20,6	23,7 21,3 26,4	21,8 18,9 25,0	63,4 60,2 66,5	16,5 14,4 18,8	59,2 57,5 60,9	19,4 18,1 20,7	21,4 20,0 22,9
Mittlerer % (95% KI)			66,2 63,8 68,5	18,9 16,9 21,1	14,9 13,3 16,6	72,8 70,4 75,0	13,8 12,1 15,7	13,4 11,6 15,4	15,7 13,6 18,2	73,3 70,7 75,7	14,4 12,6 16,5	70,7 69,5 71,8	15,6 14,6 16,6	13,7 12,8 14,7
Hoher % (95% KI)			71,5 68,3 74,5	16,8 14,5 19,3	11,7 9,4 14,5	77,2 74,7 79,6	13,2 11,2 15,6	9,5 7,9 11,5	13,4 10,8 16,4	80,4 77,7 82,8	9,8 7,9 12,1	76,7 75,2 78,3	13,2 12,0 14,5	10,1 9,0 11,3
Gesamt														
% (95% KI)			65,0 63,3 66,7	19,2 17,8 20,6	15,8 14,5 17,3	70,1 68,5 71,6	14,8 13,7 16,1	15,1 13,9 16,3	16,9 15,3 18,6	72,5 70,8 74,0	13,8 12,7 15,1	69,2 68,3 70,0	16,0 15,3 16,7	14,8 14,1 15,6

N = 14.478
KIGGS – Kinder- und Gesundheitssurvey (Hölling, Erhardt, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007)

N = 14.478

KIGGS – Kinder- und Gesundheitssurvey (Hölling, Erhardt, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007)

Abbildung 1

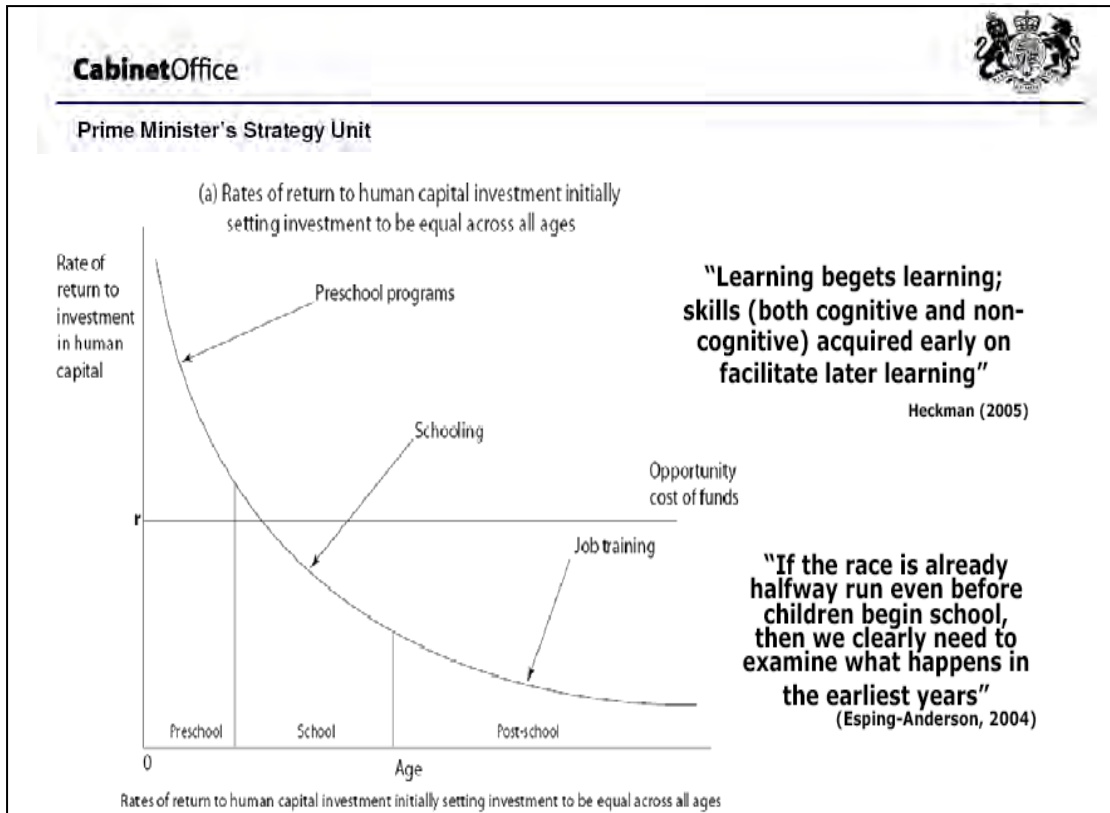


Abbildung 2

Es handelt sich um eine zahlenmäßig kleine Gruppe von Kindern mit biografisch schwersten Belastungen (< 5 Prozent – 1 Prozent aller Kinder). Aber gerade diese kleine Gruppe erfordert unbedingt eine **interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitshilfe** in Bezug auf die Versorgung und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit besonderem Augenmerk auf Trauma und Traumafolgen.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitshilfe ist zwingend, aber dabei tauchen folgende Probleme auf:

- Unterversorgung, unzureichende Angebote und Defizite in der Behandlung und Psychotherapie im Gesundheitsbereich,
- fehlende spezifische Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe; es wurde gerade im Hinblick auf die Inklusion diskutiert, dass die Kinder eigentlich in der Regelversorgung gut versorgt werden müssten,
- häufig zu späte bzw. unzureichende/inadäquate Versorgung mit der Folge der Chronifizierung von Störungen und immensen Folgekosten,
- Mangel an evidenzbasierten Therapie- und Versorgungsstandards in beiden Systemen („gut gemeint ist nicht gut gemacht“),
- fehlende ressortübergreifende Zusammenarbeit/fehlende Mischfinanzierung im Bereich der Leistungsgesetze im SGB V, SGB VIII und SGB IX – das ist das klassische Thema der Versäulung zwischen den einzelnen Leistungsgesetzen.

2. Was erschwert die Vernetzung?

- Riesenerwartung an die anderen Professionen,
- Schwierigkeiten beim Beschreiben der eigenen Kernkompetenzen,
- Datenschutz- oder Pseudodatenschutzargumente, die mitunter dafür herhalten müssen, um nicht zu kooperieren,
- Angst vor Beeinflussung und Dominierung in der Zusammenarbeit (Streit um Federführung unterschiedlicher Berufsgruppen),
- fehlende gemeinsame Standards/Risikoinstrumente,
- Vernetzung als Plädierformel bei gleichzeitiger Verweigerung der Finanzierung der Kosten für Zusammenarbeit,
- Vernetzung als Verschleierung von Verantwortlichkeiten,
- Vernetzung mit der Delegation von Verantwortung an Spezialeinheiten, Modellprojekte etc.

Wir haben eine **fehlende Finanzierung von Vernetzung auf der Fallebene**. Psychosoziale Diagnostik und Koordinierung/Weitervermittlung von Hilfen ins interdisziplinäre Versorgungsnetz wird nicht ausfinanziert und fehlt als Tätigkeitsbeschreibung, es ist im DRG-System (Diagnosis Related Groups - Diagnosebezogene Fallgruppen) in den Kliniken bzw. in der Gebührenordnung bei den niedergelassenen (Fach-)Ärzten nicht vorgesehen. Die Vernetzung muss aber als zentrale Aufgabe Bestandteil von Stellenbeschreibungen sein.

Es gibt **Reibungsverluste in der interdisziplinären Zusammenarbeit** aufgrund der Versäulung. Sie entstehen durch die strukturellen Gegebenheiten. Leistungen und Angebote der Jugendhilfe (SGB VIII), des Gesundheitswesens (SGB V), der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) werden von der kommunalen Jugendhilfe, von den Krankenkassen, den örtlichen Trägern (Landkreisen) und den Sozialhilfeträgern finanziert, sie werden von öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe, von medizinischen Institutionen, niedergelassenen Praxen vorgehalten.

Hilfen/Versorgungsleistungen werden entweder nur von dem einen oder dem anderen System bzw. nicht koordiniert erbracht (Überschneidungen/Doppelfinanzierungen/parallele Vergabe von Hilfen). Ergänzende und unterstützende Angebote des jeweils anderen Systems werden nicht einbezogen. Die Vielfalt der Angebote/Qualität innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe ist abhängig von der individuellen Angebotspalette einzelner freier Träger und der Kommune und wird wenig gesteuert.

Der 13. Kinder- und Jugendhilfebericht war der erste Bericht, der insbesondere die Schnittstellen zwischen den drei Systemen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Behindertenhilfe fokussiert. Der Schwerpunkt lag in der Problematisierung und der Bearbeitung der unbestrittenen und systematischen Reibungsverluste an den Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Behindertenhilfe in der Versorgung von psychisch kranken und oder mehrfach behinderten Kindern und Jugendlichen. In dem Bericht fehlt jedoch eine Konkretisierung. Das ist u.a. auch Ausdruck von jahrzehntelangen unzureichenden politischen Aktivitäten.

Die Versäulung der Ressorts und Reibungsverluste an Schnittstellen können nicht durch ein System allein beseitigt werden.

Sicher ist es richtig, dass sich allein aus dem KJHG heraus eine bessere Zusammenarbeit zwischen Medizin und Jugendhilfe nicht erzwingen lässt, die notwendige Zusammenarbeit muss auch im SGB V sowie im Rehabilitationsrecht verbindlich geregelt werden.

Das erfordert die Etablierung systematischer interdisziplinärer Zusammenarbeit sowohl in der abgestimmten Gewährung unterschiedlicher Hilfen als auch in deren Finanzierung, z.B. **Mischfinanzierung** bzw. die Finanzierung von **Komplexleistungen**. Bisher fehlt ein systematisches und verbindliches Zusammenwirken von Fachkräften, die für unterschiedliche und interdisziplinäre Behandlungs-, Betreuungs- und Hilfsansätze stehen und miteinander kooperieren müssen.

Im Kontext des 13. Kinder- und Jugendhilfeberichts wurde von *Jörg Fegert* und *Tanja Besier* eine Expertise³ erarbeitet. Hier geht es u.a. darum, wie wir es schaffen könnten, diese Ressortabgrenzung zu lösen. Sie kommen zu **folgenden Schlüssen**:

- Die systematische Lösung der Finanzierung von Hilfen und Maßnahmen an der Schnittstelle zwischen den Systemen ist nicht in Sicht.
- Komplexleistungen werden nicht oder eher nur in Ausnahmefällen vereinbart (in der Frühförderung nach wie vor große Probleme im Zusammenwirken zwischen dem Gesundheitsbereich und der Jugendhilfe, obwohl diese Finanzierung im SGB IX geregelt ist).
- Komplexleistungen und Mischfinanzierungen finden vielerorts keine hinreichende Akzeptanz bei den Kostenträgern (in fast schon absurder Weise scheint jeder Kostenträger lieber Mehrkosten in Kauf zu nehmen, als sich mit seinen Partnern auf Mischfinanzierungen zu einigen).

3. Was ist zu tun?

Fachlich zwingend notwendig sind folgende Maßnahmen:

- Ressortübergreifende Angebote im Sinne der Jugendlichen intelligent mischfinanzieren und über die Systeme hinweg steuern, auf der kommunalen Ebene, der Ebene der Länder und der des Bundes,
- Regelung koordinierter Leistungserbringung im SGB V, SGB IX und SGB VIII, um wenigstens einen Rahmen zu bekommen,
- Schaffung von Normen, die möglichst aus einer Hand die Gewährung kombinierter Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe ermöglichen (à la § 35a SGB VIII),
- dies mit gezielter Steuerungspolitik verbinden.

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass sinnvolle Bestimmungen zu Komplexleistungen nicht zwangsläufig zu einer Überwindung von Ressortgrenzen führen (Beispiel Frühförderung oder Betreuung suchstgefährdeter, suchtkranker Jugendlicher etc.).

³ Fegert, J./Besier, T.: Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform. In: Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Materialien zum 13. Kinder- und Jugendhilfebericht. München: DJI

Wir müssen mit dem arbeiten, was wir haben und wir können nicht warten, bis sich politisch etwas ändert. Dennoch ergeht eine Forderung an die Politik, auch andere Systeme verpflichtend in kooperative Netzwerke, zum Wohle von Kindern und Jugendlichen einzubinden.

Wir brauchen kooperative Lösungsvorschläge aus unterschiedlichen Ressorts und eine gemeinsame Befassung des Gesundheitsausschusses und des Familienausschusses. Vielleicht gibt es auch Länderinitiativen als Vorbild wie im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz. Beispielsweise wurde in Rheinland-Pfalz ein Kinderschutzgesetz geschaffen, das einen Rahmen zur Zusammenarbeit und zur Finanzierung bietet. In Bayern wurden Förderprogramme entwickelt, in denen Rahmen zur Verfügung gestellt werden, unter denen systematisch und in der Fläche Hilfen in der Zusammenarbeit vorangebracht werden.

Vielen Dank, ich übergebe das Wort an Herrn Kölch.

4. In gemeinsamer Verantwortung!

Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen bilden die Schnittmenge zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe. Die Eingliederungshilfe für von einer Teilhabebeeinträchtigung betroffene oder bedrohte Kinder und Jugendliche ist sowohl in der Diagnostik als auch in der Umsetzung eine **interdisziplinäre Aufgabe** von:

- Kinder- und Jugendhilfe,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Psychotherapeuten,
- anderen Institutionen und Professionellen.

Die Chance des § 35a SGB VIII liegt in der fruchtbaren interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe. Sein Problem hingegen ist die Gefahr der Schnittstellenproblematik – mit Problemen in der Zusammenarbeit, bei der jeder dem anderen die Schuld für eine nicht gelingende Kooperation gibt.

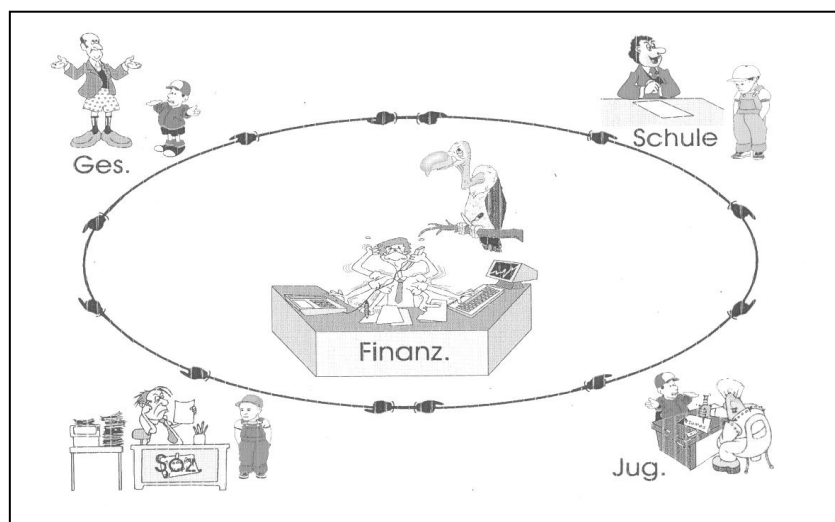


Abbildung 3

Kooperation ist gut, aber wie funktioniert sie? Muss man dazu gezwungen werden? Welche Vorteile haben die einzelnen Partner? Als Fazit kann man vorab schon sagen, am besten funktioniert Kooperation, wenn alle Partner davon profitieren.

Gründe des Nichtfunktionierens sind Probleme:

- in der interdisziplinären Kommunikation,
- im Rollenverständnis,
- in der praktischen Ausgestaltung der Zusammenarbeit,
- in der Aufgabenverteilung.

Die Probleme in der interdisziplinären Kommunikation entstehen zum Beispiel, wenn der Mediziner von „F 90“ spricht und der Sozialarbeiter nicht weiß, was die F 90-Diagnose im ICD 10 ist. Wir müssen also zuerst einmal eine gemeinsame Sprache finden.

Das Rollenverständnis muss für beide Bereiche unbedingt geklärt werden. Ich muss meinen Assistenzärzten beibringen, wie der § 35a SGB VIII aufgebaut ist und dass das Jugendamt in dem Bereich die Federführung hat und nicht der Arzt. Andererseits müssen Mitarbeiter im Jugendamt lernen, welche Methoden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verwendet werden, welches Wissen – auch über Prognosen aufgrund von Erkrankungen – dort vorhanden ist.

Ein weiterer Grund sind lokale, regionale, landes- und bundesweite Heterogenität in der Verfahrensweise durch die Jugendämter im Umgang mit den Kinder- und Jugendpsychiatern und vice versa. Dadurch entstehen große Verunsicherungen, wie im konkreten Fall die einzelnen Beteiligten agieren können oder müssen.

Der gesetzliche Rahmen ist der § 35a SGB VIII, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Dieser wurde bei der Novellierung des SGB VIII durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK)⁴ beibehalten, allerdings verändert. Er präzisiert genau, wer für die Feststellung der Eingangsvoraussetzungen zuständig ist:

- Primär Fachärzte und speziell ausgebildete Psychotherapeuten,
- Ein Arzt mit besonderer Erfahrung auf dem Gebiet der seelischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen kann Eingangsvoraussetzungen feststellen (Kompromissformulierung aufgrund Versorgungsrealität in Deutschland).

Der Feststellende der Eingangsvoraussetzungen darf nicht mehr zugleich Anbieter der Hilfe sein.

Die Diagnose wird ärztlich erstellt. Die Definition des Teilhabedefizits und die Festlegung der Maßnahmen zur Minimierung des Teilhabedefizits liegen beim Jugendamt.

Geblichen sind nach dem KICK die Problematik, wie ich Teilhabedefizite und angemessene Hilfen definiere, die Notwendigkeit der Kooperation, die zum Teil unterschiedliche

⁴ Gesetz v. 8. September 2005, BGBl I, S. 2729.

Terminologie und das jeweilige Rollenverständnis der beteiligten Professionellen sowie Abgrenzungsschwierigkeiten im weiten Feld des SGB (SGB II, III, VIII und XII).

Wichtig ist die Abgrenzung durch den § 10 Abs. 4 SGB VIII. Die Feststellung des Intelligenzquotienten bedarf einer Messung. Bei einem IQ von unter 70 Prozent folgen in der Regel Leistungen nach SGB XII, bei über 70 Prozent Leistungen nach SGB VIII. Ist eine SGB-V-Leistung möglich, so ist diese auch anzuwenden (z.B. Psychotherapie, Ergotherapie). Es ist widersinnig, sich für eine Therapie einen Kostenträger des SGB VIII zu suchen, wenn es sich eigentlich um eine Therapie handelt, die im Sinne der Kinder- und Jugendpsychiatrie erbracht werden kann.

Darf das Jugendamt eine zweite Meinung eines Arztes einholen? Natürlich darf das Jugendamt das, aber es **gibt im Fall des § 35a SGB VIII kein Amtsarztgebot**. Im Gegenteil, das Gesetz benennt sehr detailliert, wer zur Feststellung der Eingangsvoraussetzungen befähigt ist (s.o.). Daher sollte man das Kind/den Jugendlichen nicht immer wieder zum Zweck der Diagnostik hin und her schieben, sondern die eigentliche Aufgabe der Jugendhilfe ist die Diagnose der Teilhabebeeinträchtigung und darin kann die gesamte Steuerungsfähigkeit bezüglich der Leistungen liegen.

Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hilfeplanung und Rückmeldung der Ergebnisse – Beendigung von Hilfen

Die Beteiligung der Kinder- und Jugendpsychiater an der Hilfeplanung zur Gewährung von Leistungen nach § 35a SGB VIII beschränkt sich nicht auf das Einholen einer Stellungnahme, sondern ist auch im weiteren Verlauf geboten, vor allem auch im Hinblick auf eine Beendigung der Hilfe (z.B. wenn die Eingangsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen, da eine Krankheit nicht mehr besteht). Die Diagnosen gelten nicht ein Leben lang, sie können auch verschwinden. Auch das muss überprüft werden.

Wenn Hilfe voraussichtlich für längere Zeit zu leisten ist, sind die Jugendämter verpflichtet, die Ärzte darüber hinaus im Entscheidungsfindungsprozess über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart in angemessener, für die jungen Menschen und deren Eltern transparenter Weise persönlich zu beteiligen. Dies gilt nicht nur für die Erstentscheidung über die Gewährung einer Leistung.

Die Feststellung der Eingangsvoraussetzung erfolgt zweigliedrig:

Krankheitsbegriff: Eingangsvoraussetzungen werden ärztlich bzw. psychotherapeutisch festgestellt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wendet ICD-10 Diagnosen der WHO an, die Diagnose ist dadurch mit einem entsprechenden Schwellenwert versehen: kategoriale Feststellung einer Diagnose impliziert den Krankheitsbegriff. Es handelt sich dabei nicht um dimensionale Feststellungen, z. B. von Ängstlichkeit, Traurigkeit oder Ähnlichem.

Sinnvoll ist es zu untersuchen, welche Gesundheitsauswirkung die Krankheit hat und inwiefern seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Therapie angeboten werden bzw. ob eine Therapie Erfolg versprechen kann.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass diejenigen, die am stärksten die Hilfen nach § 35a SGB VIII benötigen, eine Vielzahl an Risikofaktoren aufweisen und multimorbid sind.

Behinderungsbegriff/Teilhabebeeinträchtigung: Die Teilhabebeeinträchtigung am sozialen Leben bzw. der Hilfebedarf zur Behebung derselben wird unter Federführung des zuständigen Jugendamts erhoben und definiert.

In der gemeinsamen Kommission Jugendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften haben wir zusammen mit Herrn Meysen vom DJJuF eine **Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII** erarbeitet und diesbezüglich eine **Musterstellungnahme** zum Download auf unsere Homepage gestellt⁵. Diese enthält eine entsprechende Schweigepflichtentbindung, die ebenfalls essentiell für die Kommunikation mit dem Jugendamt ist. In der Stellungnahme sind die Rollen sehr gut aufgeteilt. Ein Arzt sollte in seiner Empfehlung auf keinen Fall eine spezielle, gar mit Namen genannte Einrichtung für das Kind benennen. Das stünde uns gesetzlich auch nicht zu. Jedoch kann sehr gut aus ärztlicher Sicht beschrieben werden, welche Kriterien eine Einrichtung aufbieten sollte, welcher Betreuungs- und spezifische Förderbedarf besteht. Auf dieses Wissen aus der Behandlung sollte man nicht verzichten. Es soll aber auch nicht so sein, dass wir die Eltern schon zu einer bestimmten Einrichtung hinleiten.

Um eine Möglichkeit einer Standardisierung in der Einschätzung der Teilhabebeeinträchtigung zu schaffen und dabei gleichzeitig eine gemeinsame Sprache zu finden, nahmen wir im Rahmen eines BMFSFJ-geförderten Projektes eine Standardisierung der Teilhabebeeinträchtigungseinschätzung vor und visualisierten die essenziellen Teilhabebereiche: Freizeit, Schule, Peer group, Person und Familie, eingebettet in den Sozialraum (**Abbildung 4**).

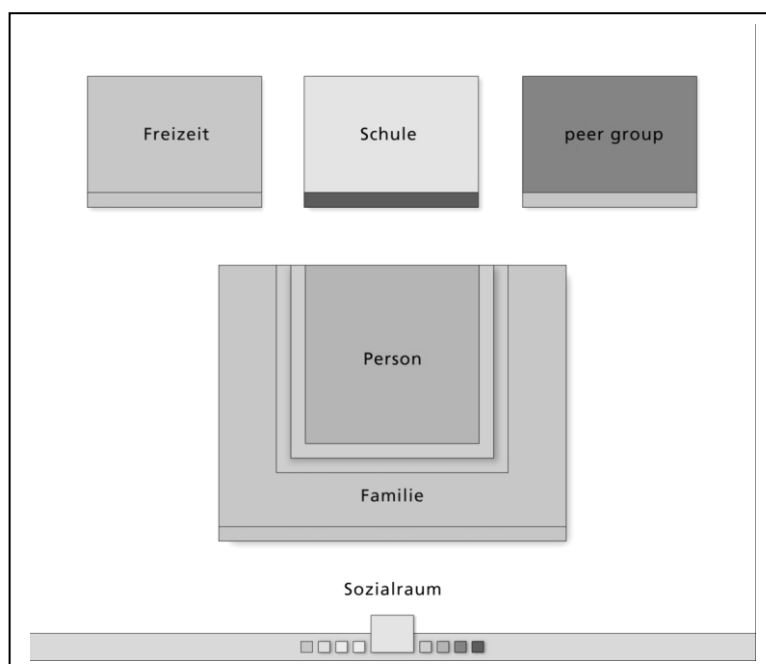


Abbildung 4

⁵ <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie.html> - Sonstiges

Hier können seitens des Jugendamts die Problembereiche visuell dargestellt werden und mit entsprechenden Informationen hinterlegt werden. Eine solche Standardisierung kann den Jugendämtern im Rechtsverfahren eine gewisse Rechtssicherheit geben – in dem Sinne, dass man in der Einschätzung alle relevanten Bereiche berücksichtigt und in der Fachlichkeit relevante Informationen erhoben hat. Dies wird bisweilen von Verwaltungsgerichten angezweifelt. Es wird immer wieder danach gefragt, wie man die Standardisierung nachweisen kann, damit sie den verwaltungsrechtlichen Ansprüchen genügen kann. Die Befunde kann man durch die Verwendung von **Instrumenten zur Einschätzung der Teilhabe (bzw. von Aspekten der Teilhabe)** unterlegen:

- The Brief Impairment Scale (BIS),
- HoNOSCA-I (HON),
- The Caregiver Strain Questionnaire (CGSQ),
- The Columbia Impairment Scale (CIS),
- Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD),
- Elterneinschätzungsskala (PGAS) und Jugendlichenskalen (YGAS),
- Children's Global Assessment Scale (CGAS),
- Global Assessment Functioning Scale (GAF),
- Child & Adolescent Measures of Functional Status (CAFAS).

Keines dieser Instrumente definiert das Teilhabedefizit, sondern bildet einen Mosaikstein, das untermauern kann, dass strukturiert an der Einschätzung gearbeitet wurde.

An dieser Stelle bedanke ich mich und übergebe das Wort an Herrn Scholten, der die Möglichkeiten der Zusammenarbeit aus Sicht der Jugendhilfe darlegen wird.

Strategien der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in Rheinland-Pfalz

BERNHARD SCHOLTEN

Leiter der Abteilung Familie und Generationen, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Mainz

1. Hintergründe des Projekts „Krisenintervention und Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz“

Das Projekt zur Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie wurde in Rheinland-Pfalz Anfang des letzten Jahrzehnts durchgeführt. Hintergrund des Projekts waren erhebliche Differenzen zwischen Jugendhilfeeinrichtungen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es wurden gegenseitige Vorwürfe laut, dass einerseits die Jugendhilfeeinrichtungen an den Wochenenden ihre Krisenfälle auf die Jugendpsychiatrie abladen und andererseits die Jugendpsychiatrie den Jugendhilfeeinrichtungen Vorschriften machen und ihnen „reinreden“ würde und sie nicht verstünde. Es herrschte ein gegenseitiges Unverständnis für die spezifischen Anliegen der jeweils „anderen Seite“.

Wenn die Jugendhilfe die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Anspruch nahm, dann lagen überwiegend folgende Gründe vor:

- Ratlosigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Jugendhilfe, wenn trotz Ausschöpfung aller Ressourcen sich nicht der gewünschte Erfolg bei dem betreuten Kind/Jugendlichen einstellt,
- situative Überforderung der Jugendhilfeeinrichtung durch plötzlich auftretende Schwierigkeiten,
- Überweisung als Ende einer langfristigen Eskalation.

Die Gründe für eine Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendhilfe durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie waren:

- Überweisung nach Abschlussdiagnostik einer „psychischen Erkrankung“,
- Überweisung nach Abschluss einer erfolgreichen (stationären) Behandlung zur weiteren Bearbeitung der noch bestehenden Verhaltensauffälligkeiten und Erziehungsdefiziten,
- Überweisung, da das Kind/ der Jugendliche „therapieresistent“ ist (keine Kostenverlängerung mehr möglich),
- Überweisung wegen Nichtzuständigkeit,
- Überweisung im Rahmen einer längerfristigen Eskalation – „Pinball-Effekt“.

Vor diesem Hintergrund wurde das Projekt gestartet, das von Professor Dr. Schrapper, Universität Koblenz-Landau durchgeführt wurde.

2. Aufbau des Projekts und zentrale Befunde

Die erste Aufgabe des Projekts bildete eine Erhebung der Betreuungsfälle in der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dazu wurden die stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Jugendhilfeeinrichtungen und -dienste befragt.

Die Befragungen wurden durch Leitfaden gestützte, qualitative Interviews mit Fachkräften der Jugendämter, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Einrichtungen der Jugendhilfe (Heime, Beratungsstellen) durchgeführt. Dabei sollte geklärt werden, was die Befragten unter dem Begriff der „Krise“ verstehen, welche Interventionsmöglichkeiten sie haben, um Krisen zu bewältigen und welche Erwartungen sie jeweils an die anderen Beteiligten haben.

Außerdem gab es Interviews mit betroffenen Kindern und eine Untersuchung von Beispielen gelungener Kooperationsmaßnahmen.

2.1 Bestandsaufnahme – Ergebnisse der Interviews

2.1.1 Krise aus Sicht der Jugendhilfeeinrichtungen, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendämter

Die Untersuchungen zum **Krisenverständnis** machten noch einmal die unterschiedlichen Sprachen der Systeme deutlich.

Das **Krisenverständnis der Jugendhilfe** ist laut der Auswertung der Interviews:

- Selbst- und Fremdgefährdung,
- Zuspitzung einer langfristigen eskalierenden Entwicklung,
- Krise als Chance und Neuanfang,
- Krise als Bestandteil der Entwicklung, der schnell begegnet werden muss,
- Krise erfordert schnelles Handeln,
- Krise soll Ausnahme bleiben und nicht die Regel.

Die Jugendhilfeeinrichtungen beschreiben Krise unter einem ganz spezifischen Blickwinkel und gehen davon aus, dass Krisen schnellstmöglich bewältigt und beendet werden müssen.

Das **Krisenverständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie** unterscheidet sich hiervon:

- Es gibt eine Rangreihe von Krisen
 - Einfache Krisen in der Familie (Streit, Aggressionen),
 - dringliche Krisen („ausgerasteter Jugendlicher“),
 - medizinische Notfälle (schwere Magersucht),
 - psychiatrische Krisen (Suizidalität, akute Psychosen).
- Krisen sind Alltag in der Psychiatrie.
- Krisen stellen kein grundsätzliches Problem dar.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie beschreibt ihren Alltag als von Krisen geprägt; Krisen prägen somit den beruflichen Alltag.

Die **Jugendämter sehen in der Krise** eine Situation, in der

- eine akute Gefahr für das Kind droht,
- ein dringender Handlungsbedarf besteht und
- sofortiges Handeln erforderlich ist.

Die Jugendämter beschreiben die Krise zusätzlich unter dem Blickwinkel der Selbstbetroffenheit: Eine Krise kann auch zu einer starken Selbstbetroffenheit und zu einer Überforderung einzelner Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter führen.

2.1.2 Interventionsmöglichkeiten in einer Krise und Grenzen

Nach dem Krisenverständnis wurde auch nach den Interventionsmöglichkeiten und -strategien der Jugendhilfeeinrichtungen, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendämter gefragt. Auch hier ergaben sich bemerkenswerte Unterschiede.

Die **Perspektiven der Jugendhilfeeinrichtungen in der Bewältigung von Krisen** sind sehr kindzentriert:

- Kind oder Jugendlichen aus „dem Setting herausnehmen“,
- Einzelbetreuung organisieren,
- Entwicklung eines Krisenkonzeptes (nur in wenigen größeren Einrichtungen vorhanden),
- Supervision und Teamgespräche.

Jugendhilfeeinrichtungen versuchen insgesamt, eine Krise möglichst kurzfristig zu bewältigen.

Grenzen sehen sie dann, wenn mehrere Krisen auf einmal passieren, wenn die Maßnahmen nicht ausreichen und/oder sich andere Systeme entziehen.

Die **Kinder- und Jugendpsychiatrie** hat andere Antworten auf eine Krise:

- Erkennen und Verstehen der Krise durch eine systematische Diagnostik – Grundlage für die Bewältigung,
- konkrete Maßnahmen:
 - Einzelbetreuung,
 - Freiheitsentzug von geschlossener Station über „time out“ bis zur Fixierung und Medikation (Interventionen, die in der Jugendhilfe tabu sind),
- Supervision und Fallbesprechung.

Fachliche Grenzen werden von der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht benannt. Wenn Grenzen vorliegen, sind diese von außen gesteckt und erstrecken sich auf die Frage der

Zuständigkeit bzw. die Frage nach dem Vorliegen eines medizinischen Krankheitsbildes oder auf die Frage der Finanzierung oder der vorhandenen Kapazitäten.

Das Jugendamt reagiert auf Krisen mit folgenden Interventionen:

- Direkte lösungsorientierte Gespräche mit den Beteiligten an „günstigen Orten“,
- Veranlassung direkter Hilfen (Hausbesuche, SPFH, ...),
- Inobhutnahme und Unterbringung an einem anderen Ort.

Die **Grenzen** sieht das Jugendamt darin, dass Helfer und Klienten ein disparates Verständnis von der Krise und den möglichen Lösungen haben, dass zum Beispiel die Eltern die Krise gar nicht als Krise sehen, und im Fehlen eines passenden Hilfeangebots.

2.1.3 Erwartungen an die Anderen

Wenn **Jugendhilfeeinrichtungen** jemanden **an die Kinder- und Jugendpsychiatrie** überweisen, erwarten sie, dass diese eine Bereitschaft zeigt, sich auf die Vorgeschichte des Kindes und auf die Erfahrungen der Jugendhilfe einzulassen, dass sie zuhört, wenn die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter darüber berichtet. Bei der Rückübernahme erwarten sie klare Aussagen und konkrete Vorschläge für eine durchführbare Betreuung, aber keine Vorschriften.

Vom Jugendamt erwarten die Jugendhilfeeinrichtungen mehr Austausch und Information, bessere Erreichbarkeit des Jugendamtes, Flexibilität und Offenheit und Ehrlichkeit über die Vorgeschichte.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie richtet an die Jugendhilfeeinrichtungen die Erwartung, dass diese den Krankenhausaufenthalt tatsächlich als Aufenthalt im Krankenhaus sehen (= vorübergehende Maßnahme und kein Abschieben), regelmäßige Besuche und Begleitung des Kindes, dass diese den „Platz in der Einrichtung freihalten“ und somit eine Rückkehr ermöglichen und dass Empfehlungen und Behandlungsvorschläge umgesetzt werden.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie erwartet von den Jugendämtern: Klare Zuständigkeiten, realistische Umsetzung des § 35a SGB VIII, dass die Standards und Arbeitsweisen der unterschiedlichen Jugendämter vereinheitlicht werden – u.a. geregelter Bereitschaftsdienst und die Annahme der Behandlungsvorschläge statt kostengünstige Lösungen.

Die Erwartungen der Jugendämter an die Jugendhilfeeinrichtungen gehen dahin, dass diese mehr Kreativität im Bezug auf die Gestaltung der Hilfen und einen besonderen Einsatz für besonders schwierige Kinder und Jugendliche zeigen.

Von der Kinder- und Jugendpsychiatrie erwarten die Jugendämter: schnelle Aufnahme in Krisensituationen, Anerkennung der Fachkompetenz der Jugendhilfe, Aufklärung und Begründung von Diagnosen, die Formulierung von Empfehlungen als Vorschläge und nicht als Vorschriften, wie mit dem Kind/Jugendlichen umzugehen ist, und partnerschaftliche Beteiligung an der Hilfeplanung.

3. Konsequenzen für die Kooperation

3.1 Verschiedene Kooperationsmodelle

In einem dritten Schritt wurden verschiedene Verbundsysteme erprobt.

3.1.1 Kooperationsmodell: Jugendhilfeeinrichtungen miteinander

Einige Jugendhilfeeinrichtungen haben untereinander ein Netzwerk geschaffen, um sich nicht mehr gegenseitig die schwierigen Fälle zuzuschieben, sondern um zu klären, wer wen wann aufnimmt, wer auch einmal jemanden entlastet usw. Dieses **Verbundsystem für erzieherische Hilfen** arbeitet unter folgenden Aspekten zusammen:

- Zusammenarbeit mehrerer Jugendhilfeeinrichtungen,
- gegenseitige Unterstützung – „time-out“-Leistungen,
- Abstimmung über Aufnahmen besonderer Personengruppen:
 - herausforderndes Verhalten,
 - minderjährige, unbegleitete Flüchtlinge,
- gemeinsame Kriterien für Aufnahmen und für die Verteilung.

Ergebnisse dieses Verbundsystems sind:

- Im Einzelfall ist schnelles, unbürokratisches Handeln möglich. Das entlastet auch die Jugendämter.
- Es kommt zu einer Kostenreduktion durch Aufteilung von Kosten.
- Sicherer Umgang mit Krisen bzw. Vermeidung von Krisen.
- Die Einrichtungen erleben eine Qualitätssteigerung, weil sie sich nicht mehr von den anderen abgrenzen, u.a. durch gegenseitiges Lernen voneinander (Fortbildung, Hospitation, ...).

3.1.2 Kooperationsmodell: Jugendpsychiatrie – Jugendhilfeeinrichtung

Diese Kooperation findet im Rahmen von **aufsuchender Arbeit einer Kinder- und Jugendpsychiatrie in Jugendhilfeeinrichtungen** (in diesen Fällen **durch eine Institutsambulanz**) statt und beinhaltet folgende Formen der Zusammenarbeit:

- Regelmäßige Sprechstunden in der Einrichtung,
- regelmäßige fallbezogene Kooperation,
- gemeinsame Fortbildungen,
- konzeptioneller Austausch.

Ergebnisse dieser Kooperation sind:

- Rückgang der krisenbedingten Aufnahmen,
- besseres Verständnis für die Arbeit des anderen Systems,
- gegenseitige fachliche Beratung,

- schnellere Übernahme (beidseitig),
- konkretere Hilfeplanung für einzelne Kinder,
- Ausbau von Intensivangeboten in den Jugendhilfeeinrichtungen.

3.1.3 Kooperationsmodell: Jugendamt – Kinder- und Jugendpsychiatrie – Jugendhilfeeinrichtung

Dieses Kooperationsmodell läuft auf der ambulanten Ebene ab. Ansatzpunkt ist ein **regionaler Arbeitskreis zum § 35a SGB VIII**. Mitglieder dieses Arbeitskreises sind die Jugendämter, ambulante und stationäre Jugendhilfeeinrichtungen und die regionale stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Ziele dieses Arbeitskreises sind:

- Die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses über die Umsetzung des § 35a SGB VIII,
- geregelte Formen des Austauschs,
- Abstimmung der Angebote,
- (Re-)Integration der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Dieser Arbeitskreis ist Ort zur Klärung von Zuständigkeiten und Prozessen.

3.1.4 Weitere mögliche Kooperationsmodelle:

- Regionale, themenbezogene Arbeitskreise,
- gemeinsame Veranstaltungen/Fachtagungen,
- gemeinsame Fortbildungsangebote,
- wechselseitige Hospitation,
- gegenseitige Beteiligung bei der Hilfeplanung,
- Entwicklung verlässlicher Strukturen und Verfahren,
- Gestaltung von Übergaben,
- Qualifizierung von Berichten,
- Verständnis für das andere System und dessen innere Logik (Handbuch),
- gemeinsame Clearingstelle.

3.2 Voraussetzungen zum Gelingen einer Kooperation

Kooperation kann gelingen, ...

- zwischen Gleichen in gegenseitiger Anerkennung,
- wenn es gemeinsame Ziele, Aufgaben und Handlungsfelder gibt,
- wenn sie sich für alle Beteiligten lohnt,

- wenn die Beteiligten gemeinsame Überzeugungen, Ziele und Auffassungen haben – diese müssen entwickelt werden, z.B. in Fortbildungen, Tagungen, etc.,
- wenn es eine vertrauensvolle Basis gibt – Vertrauen entwickelt sich durch Zusammenarbeit,
- wenn die handelnden Personen auch „miteinander können“, die personale Beziehung ist nicht ganz unwichtig.

Ein Ergebnis dieses Projekts ist ein Handbuch über Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie¹. Hier ist das Projekt ausführlich dargestellt.

3.3 Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie aus der Perspektive der Kinder

Im Rahmen des Projekts wurden zum einen die Akten der Jugendhilfeeinrichtungen ausgewertet, zum anderen wurden zehn Kinder mit einem strukturierten Interview zu ihrer Lebensgeschichte und ihren Erfahrungen befragt.

3.3.1 Ergebnisse der quantitativen Analyse

Die Befragung der Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, der Beratungsstellen und der Kinder- und Jugendpsychiatrien ergab folgende zentrale Befunde:

- Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die vor ihrer Heimunterbringung Kontakt zur Jugendpsychiatrie hatten, steigt kontinuierlich.
- Während die Kontakte zur Kinder- und Jugendpsychiatrie vor und nach einer Jugendhilfemaßnahme meist stationär verlief, fand die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung während einer Jugendhilfemaßnahme meist in ambulanter Form statt.
- Die meisten Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in ambulanter Form in Anspruch genommen und dauern zwischen 1 und 6 Monaten.
- 12- bis 16-jährige Jugendliche haben den meisten Kontakt zur Jugendpsychiatrie.
- Jungen haben früher Kontakt mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie; Mädchen eher im Alter ab 14 Jahre, ab 16 Jahre sind es die Mädchen, die öfter eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen.

3.3.2 Qualitative Ergebnisse

Die strukturierten Interviews zeigen folgende Ergebnisse:

- Der **Prozess der ersten Fremdunterbringung** verlief bei den befragten Kindern sehr unterschiedlich; die Kinder, die vor der Maßnahme in den Prozess einbezogen wurden, konnten die Fremdunterbringung in ihre Lebensgeschichte leichter integrieren als Kinder, die nicht vorbereitet wurden.
- Sechs der zehn Kinder waren vor der stationären Jugendhilfemaßnahme in der **Kinder- und Jugendpsychiatrie**; die Gründe waren für alle sechs Kinder unklar, sie

¹ Fegert, J.; Schrapper, C. (2004)

konnten sie nicht benennen; die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde von den Kindern negativ bewertet. Mit den Diagnosen, die gestellt wurden, konnte der größere Teil der Kinder nichts anfangen, zum Teil verstanden sie diese nicht; als „psychisch krank“ sah sich keines der Kinder:

- Mit Blick auf die **Jugendhilfe** blieb für die Mehrheit der Kinder der Sinn des Hilfeplanprozesses unverständlich; sie fanden die Hilfeplangespräche langweilig und unverständlich, sie passten nicht in ihren Alltag.
- Alle Kinder versuchten, das, was geschehen war, für sich in ihre **Lebensgeschichte** durch – zum Teil realistische – Erklärungsversuche zu integrieren, um ihrer Lebensgeschichte einen sinnvollen Zusammenhang zu geben.
- Das **Ziel aller Kinder** war die **Rückkehr nach Hause**, auch wenn einige von ihnen wussten, dass dieses Ziel kurz- oder mittelfristig nicht erreichbar und realisierbar war.

4. Konsequenzen und Empfehlungen

Im Interesse der betroffenen Kinder und Jugendlichen ist eine enge Kooperation zwischen öffentlicher Jugendhilfe, freier Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht nur wünschenswert, sondern erforderlich. Die Federführung für die Kooperation sollte bei den Jugendämtern liegen, die die beschriebenen Kooperationsbeziehungen initiieren und begleiten sollten. In einigen Ländern – zum Beispiel in Rheinland-Pfalz – wurden durch die Kinderschutzgesetze Strukturen zur Kooperation entwickelt, die für diesen Prozess genutzt werden können.

5. Literatur:

DARIUS, SONJA, HELLWIG, INGOLF UND SCHRAPPER, CHRISTIAN: Krisenintervention und Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz, Koblenz

FEGET, JÖRG UND SCHRAPPER, CHRISTIAN: Handbuch Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie – interdisziplinäre Kooperation, Juventa-Verlag 2004

Noch einmal zum Stand der Dinge: Was wäre, wenn die große Lösung käme? Und was sagt die Kinder- und Jugendhilfe dazu?

PROF. DR. DR. H.C. REINHARD WIESNER

Ehemaliger Leiter des Referates Kinder- und Jugendhilferecht, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

1. Die Diskussion um die große Lösung

1.1 Zur aktuellen Situation

Bei der Diskussion um die große Lösung beziehe ich mich auf einen Abschnitt aus dem Koalitionsvertrag dieser Legislaturperiode, der einen Bezugspunkt zu unserem Thema schafft, wenn auch sehr abstrakt und allgemein:

Koalitionsvertrag: „Reform Kinder- und Jugendhilfe“ (Zeilen 3165-3173)

Wir werden das Kinder- und Jugendhilfesystem und seine Rechtsgrundlagen im SGB VIII auf Zielgenauigkeit und Effektivität hin überprüfen. Wir wollen frühe, schnelle und unbürokratische Hilfezugänge durch hoch qualifizierte Leistungsangebote und den Abbau von Schnittstellenproblemen zwischen der Jugendhilfe und anderen Hilfesystemen erreichen. Dies gilt insbesondere bei Frühen Hilfen und bei Hilfen für junge Menschen mit Behinderungen. Wir werden die Qualität der Kinder- und Jugendhilfe evaluieren und gegebenenfalls Standards weiterentwickeln.

Es geht dabei um einen **Perspektivenwechsel**: Wir knüpfen an die Lebenslage Kindheit und Jugend und somit an eine alters- und entwicklungsspezifische Lebenslage statt an die altersunspezifische Behinderung an. Kinder und Jugendliche sind somit in erster Linie Kinder und Jugendliche und keine Teilkategorie aus der Gruppe der Menschen mit Behinderungen.

Schon in der Praxis der so genannten kleinen Lösung wird die Konkurrenz und Interdependenz der erzieherischen und der behinderungsspezifischen Bedarfe im Kinder- und Jugendalter deutlich. Es ist nicht streng zu unterscheiden, ob der Hilfebedarf auf einen erzieherischen Bedarf – durch mangelnde Erziehungskompetenz der Eltern oder das Verhalten des Kindes – zurückgeht oder auf eine seelische, geistige oder körperliche Behinderung. Die Dinge sind eng miteinander verflochten und voneinander abhängig. Die Anforderungen an die erzieherische Kompetenz der Eltern sind viel höher, wenn bei einem Kind oder einem Jugendlichen Abweichungen von einer seelischen Gesundheit diagnostiziert werden. Diese fein säuberliche Trennung in Kategorien – hier Kinder mit Behinderungen, dort Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsstörungen – ist unsinnig, wie die Praxis schon seit langem zeigt. Bereits in den siebziger Jahren warben namhafte Kollegen für eine große Lösung, so dass das keine neue Erkenntnis ist. Im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe reform diskutieren wir schon lange über dieses Thema. Nach dem Inkrafttreten der kleinen Lösung ist es vielleicht ein bisschen ruhiger geworden, man hat sich irgendwie eingerichtet, auch wenn immer deutlich war, dass das nur eine Übergangslösung sein kann.

1.2 Aktuelle Initiativen zur Neuordnung der Zuständigkeiten

Der auf der **Arbeits- und Sozialministerkonferenz** (ASMK) gefasste **Beschluss** vom 15./16.11.2007 sieht einen dringenden Handlungsbedarf im Hinblick auf die **Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe** für Menschen mit Behinderung.

Es wurde eine **Interkonferenzielle Arbeitsgruppe** (ASMK, Jugend- und Familienministerkonferenz - JFMK, Kultusministerkonferenz - KMK, Gleichstellungs- und Frauenministerkonferenz - GFMK, unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales - BMAS sowie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend - BMFSFJ) zur Prüfung von Möglichkeiten für eine Neuordnung der Zuständigkeiten zur Sicherung der Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen gegründet. Es wundert nicht, dass im Zwischenbericht vom August 2009 ein eindeutiges **Votum für die große Lösung** abgegeben wurde.

Der **ASMK-Beschluss vom 24./25.11.2009** sieht vor, dass die Option der großen Lösung weiter geprüft und die Konsequenzen dargestellt werden sollen. Eine **gemeinsame Arbeitsgruppe der JFMK und der ASMK** wurde dazu eingerichtet. Immerhin ist die große Lösung wieder auf der Agenda.

1.3 Schritte zur Umsetzung der großen Lösung in der Jugendhilfe

Schon bei den ersten Überlegungen zur Umsetzung wird die Komplexität des Themas deutlich. Die Sozialhilfe ist anders organisiert als die Kinder- und Jugendhilfe und außerdem noch in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. In einigen Bundesländern ist die Eingliederungshilfe kommunalisiert. Hier kann man sich vorstellen, dass der Übergang zur großen Lösung leichter ist. Das generelle Problem besteht in der Zuständigkeitsverlagerung von (überörtlichen) Trägern der Sozialhilfe auf örtliche Träger der Jugendhilfe. In den meisten Bundesländern ist die Eingliederungshilfe auf der überörtlichen Ebene angesiedelt. Außerdem gibt es noch Mischmodelle, bei denen in der Regel die ambulanten Hilfen in der Zuständigkeit der örtlichen Ebene liegen und die stationären, kostenintensiveren Hilfen auf der überörtlichen Ebene.

Weil nun die überörtliche Ebene in den einzelnen Bundesländern noch unterschiedlich organisiert und finanziert wird – in Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen werden überörtliche Träger durch kommunale Umlagen finanziert, andere werden als Landesoberbehörden aus Landesmitteln finanziert –, stellt es eine sehr große Herausforderung dar, die Leistungszuständigkeit und damit auch die finanziellen Mittel und das Personal abzuziehen und sie auf 600 Jugendämter in der Republik zu verteilen.

Daraus ergeben sich folgende **Aufgaben**:

- die Ermittlung des erforderlichen **Umverteilungsvolumens**
 - Kosten der Leistungen,
 - Kosten des Verwaltungspersonals,
- die Entwicklung von **Strategien zur Ressourcenverlagerung**,
- Entwicklung von **Qualifizierungskonzepten** für die Jugendhilfe,

- Entwicklung von Konzepten für die **Gestaltung des Zuständigkeitsübergangs** bei Volljährigkeit.

Es genügt nicht, ein überzeugendes Gesetz zu formulieren, wenn wir uns nicht sicher sein können, dass die Träger der Jugendhilfe finanziell und personell wirklich entsprechend ausgestattet sind, um diese große Aufgabe zu übernehmen. Dazu bedarf es auch einer Qualifizierung, denn das Jugendamt ist auch kein „Mädchen für alles“, das über alle Kompetenzen verfügt. Der Umgang mit körperlich und geistig behinderten Kindern und Jugendlichen gehörte bisher nicht zu den zentralen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe. Die angedachte große Lösung greift nur bis zu einer bestimmten Altersgruppe, denn der junge Mensch wächst ja aus dem Zuständigkeitsbereich der Jugendhilfe heraus, während die körperliche und geistige Behinderung nicht mit der Volljährigkeit verschwunden ist. Daher müssen Konzepte für den Übergang in die Sozialhilfe entwickelt werden. Ich halte es aber durchaus für ein lösbares Problem, eine bestimmte Altersgrenze zu finden.

Dies alles muss sich in gesetzlichen Änderungen widerspiegeln und gesetzlich umgesetzt werden.

Das **Umverteilungsvolumen** zu erfassen, stellte sich als schwierig heraus, weil die Sozialhilfestatistik keine altersbezogenen Daten enthält und wir uns daher nicht die Population der 0- bis 18-Jährigen oder 0- bis 21-Jährigen, die Eingliederungshilfe erhalten, ansehen und daraus Hinweise ziehen können. Wir können dies nur in Bezug auf bestimmte Hilfearten interpretieren, unter Berücksichtigung dessen, dass bestimmte heilpädagogische Leistungen oder Frühförderung nur für Kinder und Jugendliche in Betracht kommen. Nur so kann man das Kostenvolumen schätzen (**Übersicht 1**).

Bruttoausgaben für Leistungen der Sozialhilfe für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen	
Gesamtausgaben	1,857 Milliarden Euro, davon:
	▪ 584,0 Mio. Euro für örtliche Träger, ▪ 1.273 Mio. Euro für überörtliche Träger.
Personalausgaben	40 Mio. Euro pro Jahr

Übersicht 1

© Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner

Diese Aufstellung lässt zunächst völlig offen, was es bedeutet, wenn die Aufgaben von der Jugendhilfe übernommen werden, ob die Aufgabenerfüllung durch Synergieeffekte billiger wird oder letztlich teurer, wenn die Jugendhilfe mit anderen fachlichen Standards an diese Aufgaben herangeht.

Der notwendige **Transfer von Personal und Finanzen** verläuft von örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe zu den örtlichen Trägern der Jugendhilfe, von Landeshäusern in kommunale Haushalte, sofern man das Personal überhaupt transferieren kann.

Im Augenblick gibt es unterschiedliche Grade der **Kostenheranziehung** in der Jugendhilfe und in der Eingliederungshilfe. In der Jugendhilfe wirkt noch immer das Paradigma, dass deren Hilfen von Eltern in Anspruch genommen werden, die ihrer Erziehungspflicht nicht richtig nachkommen können oder wollen, daher hat man in den letzten Jahren die Kos-

tenheranziehung bewusst verschärft. In der Eingliederungshilfe ist die Vorstellung handlungsleitend, dass eine Behinderung ohnehin schon ein schweres Schicksal für das Kind und für dessen Eltern sei und daher der Staat diese nicht noch zusätzlich finanziell belasten dürfe. Hier gibt es in der Praxis sehr zurückhaltende, pauschalisierte Sätze, die einkommensunabhängig sind. Auch in diesem Bereich müssen wir Farbe bekennen. Wir können nicht beides in einem System zusammenführen und dann die Kostenheranziehung jugendhilfeintern unterscheiden. Das wäre wenig überzeugend.

2. Der inklusive Ansatz: Kinder- und Jugendhilfe neu denken?

Allein die so genannte große Lösung ist eine hoch komplexe, anspruchsvolle und riskante Aufgabe. Nun geraten wir aber auch noch in einen anderen Kontext: Brauchen wir eine neue Architektur der Kinder- und Jugendhilfe, wenn wir das umsetzen wollen, was sich visionär in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung verbirgt?

2.1 Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Dieses Instrument ist erst in den letzten Jahren erst verabschiedet worden:

- Verabschiedung am 13. Dezember 2006,
- Unterzeichnung durch Deutschland am 30. März 2007,
- Inkrafttreten am 3. Mai 2008,
- Ratifikation
 - zustimmungspflichtiges Vertragsgesetz am 1.1.2009 in Kraft getreten,
 - Hinterlegung der Urkunden am 24. Februar 2009,
 - seit 26. März 2009 in Deutschland verbindlich.

Obwohl diese Konvention jetzt auch in Deutschland verbindlich ist, kommt es bereits zu erheblichen Streitigkeiten, inwieweit man sich strikt an den Wortlaut halten muss oder ob das eher eine Perspektive darstellt. Sie kennen eine ähnliche Diskussion zur UN-Kinderrechtskonvention.

Kerngedanken der Konvention

Ausgangspunkt ist die Menschenwürde für ausnahmslos alle Menschen, unabhängig von Krankheiten, Behinderungen, Auffälligkeiten usw.:

- Bewusstsein für die Würde von Menschen mit Behinderungen – bei behinderten wie nicht-behinderten Menschen,
- Überwindung des Defizit-Ansatzes – positives Verständnis: Behinderung als Ausdruck der Vielfalt menschlichen Lebens,
- Soziale Inklusion und individuelle Autonomie – selbstbestimmtes Leben mit sozialen Bezügen,
- Akzeptanz von Behinderung als Bestandteil menschlicher Normalität (Art. 3),
- Behinderung resultiert aus der Beziehung zwischen
 - Personen mit Beeinträchtigungen und

- den in Grundhaltungen und Umweltfaktoren bestehenden Barrieren,

mit der Folge, dass dadurch die vollständige und wirksame Beteiligung der Betroffenen auf der Grundlage der Gleichheit mit anderen behindert wird, das heißt: Man *ist* nicht behindert, man *wird* behindert – wie der Kinder- und Jugendpsychiater *Friedrich Specht* aus Göttingen vor vielen Jahren sagte.

Diese Thesen sind zum Teil recht kühn, denn sie richten sich nicht allein an den Staat als Gesetzgeber, sondern sie richten sich an die Gesellschaft insgesamt. Wenn wir unser soziales Umfeld anschauen, ist der Weg noch sehr weit bis dahin, Behinderung als Ausdruck der Vielfalt menschlichen Lebens, als Normalität zu verstehen.

Der Behinderungsbegriff taucht auch im SGB IX auf. *Friedrich Specht* verwies darauf, dass die Behinderung eines Menschen keine Eigenschaft ist, sondern eine Kontextabwägung. Die Personen haben eine individuelle Benachteiligung, diese wächst sich aber erst dann zu einer Behinderung aus, wenn die Umwelt nicht entsprechend organisiert und strukturiert ist. Umwelt bedeutet einerseits die Haltung der Personen, andererseits die Umweltfaktoren, zum Beispiel Barrieren usw. Wenn man die Konvention zu Ende denkt, wird es zwar noch immer behinderte Personen geben, aber der Anteil an Behinderten müsste tendenziell dramatisch sinken. Das bedeutet jedoch nicht, dass sie nicht weiterhin Beeinträchtigungen haben, mit denen sie leben müssen. Sie werden aber ansonsten nicht mehr durch die Umwelt, die Infrastruktur, durch bestimmte Leistungssysteme behindert, aussortiert und müssen keine Sonderbehandlung erfahren.

2.2 Stellungnahme der Bundesregierung zum 13. Kinder- und Jugendbericht (BT-Dr. 16/12860)

Im zeitlich engen Zusammenhang mit der Konvention ist der 13. Kinder- und Jugendbericht zum Thema Kinder und Gesundheit erstellt worden, der sich allgemein und abstrakt auch mit Behinderungen befasst, jedoch nicht konkret die Forderung aufstellt, eine große Lösung umzusetzen. Allerdings findet sich in der Stellungnahme der Bundesregierung ein eindeutiges Bekenntnis zur großen Lösung:

- Die Bundesregierung unterstützt den inklusiven Ansatz der Berichtskommission.
- „Das Leistungsangebot für behinderte Kinder und Jugendliche muss sich primär an der Lebenslage „Kindheit und Jugend“ orientieren“.
- „Von der Aufspaltung zur Zusammenführung der Verantwortung für Kinder und Jugendliche – Herausforderungen für ein inklusives Hilfesystem“.

Die Forderung nach einem inklusiven Hilfesystem richtet sich nicht nur an die Kinder- und Jugendhilfe, sondern an alle Leistungssysteme: Schule, Arbeitsförderung, das Gesundheitssystem, Sozialhilfe und Kinder- und Jugendhilfe.

Bereits die Übersetzung der UN-Behindertenrechtskonvention sorgte für Streit, weil der Begriff „Inklusion“ im Deutschen mit „Integration“ übersetzt wurde. Es gibt jedoch eine Definition für diesen Begriff, der sich von der Integration unterscheidet:

Während **Integration** auf die (Wieder)eingliederung behinderter Menschen in bestehende gesellschaftliche Strukturen zielt, weist das Konzept der **Inklusion** auf die

Umgestaltung der sozialen Umwelt als Voraussetzung für die gemeinsame Nutzung und gesellschaftliche Teilhabe durch heterogene Gruppen von Kindern und Jugendlichen hin.¹

Das bedeutet, dass alle Leistungssysteme sich so verändern müssen, dass sie eine individuelle Förderung aller Personen ermöglichen, sowie die Abschaffung von Parallelstrukturen und Sondereinrichtungen. Einfach alle Sondereinrichtungen abzuschaffen und die Betroffenen in die Regeleinrichtungen zu schicken, um somit Kosten zu sparen, wäre jedoch die falsche Botschaft und eine zutiefst behindertenfeindliche Lösung. Die große Herausforderung wird darin bestehen, das Regelsystem qualitativ so umzugestalten, dass die Bedarfe aller Personen abgedeckt werden.

2.3 Gesetzlicher Änderungsbedarf und Prüfsteine in der Umsetzung

Bedeutet die große Lösung, die Zusammenführung der Hilfen für Kinder und Jugendliche mit körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung und mit erzieherischem Bedarf im SGB VIII die **Erweiterung von § 35a SGB VIII** zur Eingliederungshilfe für alle behinderten Kinder und Jugendlichen **oder**: ein **neues inklusives Gesamtkonzept der Kinder- und Jugendhilfe**?

Um diese Frage zu klären, kommt man nicht umhin, sich den **gesamten Leistungskatalog des SGB VIII** anzusehen und sich Gewissheit zu verschaffen, ob wir in all diesen Leistungsbereichen auch die Anforderungen und Bedürfnisse der jungen Menschen mit Behinderung mit im Blick haben (**Abbildung 1**).

Prüfstein 1: Die einzelnen Leistungskategorien	
Kinder- und Jugendarbeit	Umsetzung des Inklusionsprinzips
Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege	Umsetzung des Inklusionsprinzips
Eltern- und Familienbildung (Frühe Hilfen)	Umsetzung des Inklusionsprinzips Ggf. ergänzende spezifische Leistungen
Hilfe zur Erziehung	Teil eines neuen Gesamtkonzepts der individuellen Entwicklungsförderung
Frühförderung	Teil eines neuen Gesamtkonzepts der individuellen Entwicklungsförderung
Eingliederungshilfe	Weitgehende Einbeziehung in das neue Gesamtkonzept

Abbildung 1

© Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner

Ist zum Beispiel in der Kinder- und Jugendarbeit das Inklusionsprinzip umgesetzt? Wohl kaum. Bei der Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege sind wir mit unseren Integrationskindergärten sicher auf dem Weg der *Integration* durchaus ein Stück vorangekommen. Nur Inklusion ist noch eine Kategorie höher und daher gibt es auch hier einen Nachholbedarf, weil es am Ende bedeutet, dass Sondereinrichtungen keine Rechtfertigung mehr haben.

¹ Dannenbeck: Vom Integrations- zum Inklusionsparadigma, Gemeinsam leben 2008, 195 ff.

Denken wir in der Eltern- und Familienbildung und bei den Frühen Hilfen an all die Problemlagen von behinderten jungen Eltern mit ihren Kindern oder auch von Eltern, die ein behindertes Kind erwarten oder bereits ein behindertes Kleinkind zu pflegen haben? Ist unser Angebotsspektrum von vornherein wirklich so ausgestaltet, dass es auch diese Problemlagen und diese Personengruppen mit einbezieht? Sind die Konzepte, die Angebote so, dass man keinen Sondernachmittag für diese Gruppe veranstaltet, sondern dass über solche Themen gemeinsam gesprochen wird?

Im § 27 ff. SGB VIII ist das neue Kapitel Eingliederungshilfe eingefügt. Heißt Inklusion aber nicht vielmehr, dass wir die Hilfen zur Erziehung völlig neu aufbauen und einen völlig neuen, erweiterten und umfassenden Leistungstatbestand schaffen müssen, der sich „Hilfen zur individuellen Entwicklungsförderung“ nennen könnte und der die Leistungsformen der Eingliederungshilfe, der Frühförderung usw. mit impliziert? Es ist zu überlegen, was eigentlich noch für die klassische Eingliederungshilfe bleibt, ob das im Wesentlichen die Hilfsmittel sind, die zum Beispiel Körperbehinderte benötigen, ob sie noch eine eigene Leistungskategorie bleiben kann oder nur bestimmte Module und Aspekte daraus in einem Gesamtkonzept einer Hilfe, die sich mit der Entwicklung und allen Problemlagen in der Entwicklung von jungen Menschen befasst.

Der zweite Prüfstein bei der Umsetzung ist die **Rolle der Leistungserbringer**, wie die freien Träger jetzt genannt werden. Man hat sich mit den Kategorien Eingliederungshilfe und Sozialhilfe eingerichtet, die Träger arbeiten sicher auch in enger Kooperation mit den Landessozialämtern. Wenn wir die Inklusion ernst meinen, müssen wir aber auch an dieser Stelle die Barrieren abbauen und **folgende Aufgaben** bewältigen:

- Entwicklung von der Angebotsorientierung zur Bedarfsorientierung,
- Entwicklung einer bedarfsorientierten inklusiven Hilfelandschaft,
- Folgen des Zuständigkeitswechsels für den Bestand von Einrichtungen(!)
- Einbindung der Leistungserbringer in die Hilfestellung durch das Jugendamt.

Das bedeutet, es kann keine Spezialeinrichtungen mehr geben, höchstens noch eine Bindendifferenzierung. Wir brauchen eine bunte, breite, inklusive Hilfelandschaft. Wenn ein junger Mensch von 18 oder 21 Jahren von einem System in das andere wandert, muss es nicht zwangsläufig heißen, dass er von der Jugendhilfeeinrichtung in die Behinderteneinrichtung für Erwachsene überwechseln muss, die häufig eine Alteneinrichtung ist. Die Übergänge sind fließend zu gestalten, so dass trotz eines Wechsels der Zuständigkeit und des Systems das Setting und die Umgebung für die betreffende Person zunächst einmal bestehen bleiben.

Die Leistungserbringer müssen sich – das sind sie in der Jugendhilfe bereits gewöhnt – viel stärker in den gesamten Prozess der Hilfestellung und des Hilfeplanverfahrens einbeziehen.

Prüfstein 3 ist die **personelle Ausstattung des Jugendamtes**:

- Multiprofessionelle Personalausstattung,
- Konsequenzen für Aus- und Fortbildung,
- personelle und finanzielle Leistungsfähigkeit,

- Konsequenzen im Hinblick auf die Mindestgröße/Einwohnerzahl.

Die Jugendämter müssen personell und in der fachlichen Kompetenz viel breiter ausgestattet sein und über andere Kompetenzen verfügen. Sie brauchen daher eine bestimmte personelle und finanzielle Leistungsfähigkeit. Wenn ich an manche Bundesländer, besonders an Nordrhein-Westfalen, denke, stellt sich die Frage: Ist es wirtschaftlich überhaupt vertretbar, dass ein solches Bündel von Aufgaben bei einer Behörde liegt, die für einen Einzugsbereich von 20.000 Einwohnern zuständig ist? Das ist meines Erachtens nicht möglich, wenn die Hilfen wirklich bedarfsgerecht und fachlich kompetent erbracht werden müssen. Daher muss man auf andere Größenordnungen in Bezug auf die Zuständigkeit der Jugendämter hinwirken.

Prüfstein 4 berührt **Konkurrenzfragen**: Es geht um das **Verhältnis zur Schule**:

- Normativer Vorrang der Schule (§ 10 Abs.1 Satz 1 SGB VIII),
- Umsetzung des Inklusionsprinzips im Schulbereich:
 - Förderung **aller** Kinder durch die Schule,
 - **Entlastung der Jugendhilfe** im Hinblick auf
 - Assistenzaufgaben (Integrationshelfer),
 - spezielle Förderungsleistungen z.B. im Zusammenhang mit so genannten Teilleistungsschwächen.

In der Jugendhilfe leidet man ein wenig darunter, dass man nach der gegenwärtigen Rechtslage Assistenz- oder Hilfsdienste gegenüber der Schule erbringen muss: Schulbegleiter, Integrationshelfer usw. Es sind ohne Zweifel wichtige Aufgaben, auf die man auch in Zukunft nicht verzichten wird. Nur wird man bei konsequenter Umsetzung des Inklusionsprinzips künftig solche Aufgaben nicht mehr an andere Systeme auslagern können. Die Schule muss das Komplettangebot für alle Kinder und Jugendlichen leisten und kann sich nicht mehr eine Gruppe daraus aussuchen.

Prüfstein 5 betrifft das **Verhältnis zur Sozialhilfe (Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII)**:

- Regelung des Zuständigkeitsübergangs von der Jugendhilfe auf die Sozialhilfe:
 - bei Schuleintritt,
 - mit Eintritt der Volljährigkeit,
 - zu einem späteren Zeitpunkt.
- Zuständigkeitswechsel und Betreuungskontinuität bei stationären Hilfen,
- Erweiterung der Teilhabedimension auf die Elternschaft
 - Elternassistenz als Aufgabe der Sozialhilfe,
 - gemeinsame Unterbringung einer behinderten Mutter mit ihrem Kind als Komplexleistung?

Gemeinsam mit der Sozialhilfe muss man eine Einigung darüber erzielen, wann die Zäsur zur Volljährigkeit und wann der Übergang in eine andere Einrichtung erfolgt. Wir haben

in den Kommissionen außerdem Überlegungen dahingehend angestellt, ob wir nicht das Eltern-Kind-System insgesamt in den Blick nehmen und den systemischen Ansatz verfolgen sollten, indem sich unsere Verantwortlichkeit nicht nur auf Kinder und Jugendliche mit Behinderungen richtet, sondern die Jugendhilfe auch für Eltern mit Behinderungen zuständig ist, weil das eng mit der elterlichen Erziehungskompetenz verknüpft ist.

2.4 Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe bei konsequenter Umsetzung des Inklusionsprinzips in allen Systemen

Die Anforderungen richten sich nicht nur an die Kinder- und Jugendhilfe, sondern es sind Aufgaben von langer Umsetzungsdauer, die sich für alle Systeme stellen. Es ist undenkbar, dass die Kinder- und Jugendhilfe im Alleingang die Inklusion vorantreibt. Es muss ein breiter Konsens geschaffen werden, dass sich alle Systeme auf den Weg machen.

Es ist zu prüfen, welche Leistungen

- bei konsequenter Umsetzung des Inklusionsansatzes bei der Kinder- und Jugendhilfe verbleiben und
- welche originär
 - vom Gesundheitssystem,
 - vom Schulsystem,
 - von den Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II),
 - von den Trägern der Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III)zu gewähren sind.

Bleibt überhaupt noch Raum für eine nachrangige Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe bei einem behinderungsbedingten Bedarf?

Ist nun die Umsetzung des Inklusionsprinzips

- Utopie?
- Vision?
- Herkulesaufgabe?
- „Der Weg ist das Ziel ...“ - ist das eindeutige Votum aus vielen Publikationen, die inzwischen zu diesem Thema in der Kinder- und Jugendhilfe erschienen sind.

Es wird ein langer, schwieriger Weg, aber wir werden auf diesem Weg Schritt für Schritt gemeinsam dem Ergebnis näher kommen.

Die aktuelle Position der Bundesregierung ist leider ein wenig ernüchternd. Die Bundesregierung – genauer die beiden Ressorts Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Arbeits- und Sozialministerium – hat vor wenigen Monaten diese offizielle Sprachregelung verbreitet:

„Bei der Zusammenführung der Eingliederungshilfe für behinderte Kinder und Jugendliche unter dem Dach des SGB VIII („Große Lösung“) handelt es sich um ein

großes und schwieriges Projekt, das mit erheblichen finanziellen, personellen und strukturellen Verschiebungen verbunden wäre. Die Realisierung wäre mit einer immensen Herausforderung insbesondere für die Kommunen als örtliche Träger der Kinder- und Jugendhilfe verbunden. Daher ist das Vorhaben auch im Kontext mit den Arbeiten der Gemeindefinanzkommission zu sehen.

Vor diesem Hintergrund muss das Vorhaben sorgfältigst in fachlicher Sicht geprüft werden. In dieser intensiven Prüfung befinden sich BMFSFJ und BMAS, die hier eng zusammenarbeiten und sich dazu auch mit Ländern und Kommunen austauschen, derzeit noch. Auf Grund der Komplexität der Materie kann nicht abgesehen werden, wann die Prüfung abgeschlossen ist. In Abhängigkeit von den Arbeitsergebnissen wären dann gegebenenfalls weitere Schritte zur Umsetzung des Vorhabens zu prüfen und Konzepte zu entwickeln.“

Die Gemeindefinanzkommission versucht, Standards abzubauen, daher verheißt diese Formulierung des Kontextes mit den Arbeiten der Gemeindefinanzkommission nichts Positives im Hinblick auf die Umsetzung des Inklusionsprinzips. Allein die Prüfung wird noch sehr lange dauern.

Wie wir es auch bei anderen Konventionen erleben, wird es ein Nationales Aktionsprogramm geben, Staatenberichte werden erstellt, die NGOs werden sich entsprechend Gehör verschaffen. Daher bin ich sicher, dass das Thema nicht mehr von der Agenda verschwinden wird und es nicht möglich ist, ein paar Jahre einfach abzuwarten und dann zum nächsten Thema überzugehen. Dennoch ist es ein langfristiges Projekt und wir sollten so früh wie möglich aktiv werden und uns auf den Weg dahin machen.

Vielen Dank.

Noch einmal zum Stand der Dinge: Was wäre, wenn die großen Lösung käme ...?¹

BERNHARD SCHOLTEN,

Leiter der Abteilung Familie und Generationen im Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz,

Teilnehmer der Bund-Länder-AG „Inklusion von jungen Menschen mit Behinderungen“²

1. Ausgangslage

1.1 Kurzer Rückblick auf die Geschichte

Die Frage, ob vorrangig die Jugend- oder die Eingliederungshilfe für Kinder mit Behinderungen zuständig sein soll, ist ein alte Debatte, die schon im Vorfeld der Neufassung des Sozialgesetzbuchs Acht (SGB VIII) Ende der 80er-Jahre geführt wurde. Der Gesetzgeber hat sich damals – wohl nicht zuletzt aufgrund der Vorbehalte der Behindertenverbände – für die derzeit bestehende Teilung der Zuständigkeiten entschieden: die Jugendhilfe wird nach § 35a SGB VIII für die Kinder, die seelisch behindert oder von seelischer Behinderung bedroht sind, zuständig, für alle anderen Kinder mit Behinderungen kommt die Eingliederungshilfe auf. Begründet wird diese Teilung damit, dass die Schnittmenge zwischen den Hilfen zur Erziehung und den behinderungsbedingten Hilfen bei Kindern, die von einer seelischen Behinderung bedroht sind oder schon seelisch behindert sind, besonders groß seien. Dennoch wird die „Eingliederungshilfe“ für diese Kinder mit dem Paragraphen 35a solitär in das Kinder- und Jugendhilferecht eingefügt; die Regelung wirkt wie ein Fremdkörper in diesem Gesetzestext und schafft, da im Gegensatz zu den Hilfen zur Erziehung eigene Zugangsvoraussetzungen beschrieben werden, in der Praxis die Abgrenzungsschwierigkeiten, die sie überwinden sollte.

Es gab und gibt dann in den nächsten Jahren zahlreiche Diskussionen um die Auslegung des § 35a SGB VIII, nicht zuletzt, weil er erhebliche finanzielle Konsequenzen für die Jugendhilfe hat. Parallel dazu entwickelt sich ein differenziertes Hilfe- und Unterstützungsangebot für Kinder mit Behinderungen, die nach SGB XII Anspruch auf gesellschaftliche Teilhabe haben.

1.2 Neue Entwicklung: Die Wirkung des „Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-Behindertenrechtskonvention)

Dieses Nebeneinander der beiden Hilfesysteme schafft in der Folge immer neue Abgrenzungs- und Zuständigkeitskonflikte, die der 13. Kinder- und Jugendbericht vor dem Hintergrund der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen für die Jugendhilfe aufgreift. Der 13. Kinder- und Jugendbericht beschäftigt sich mit dem gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Dabei schafft er es, erstmals die Kinder mit Behinderungen in die einzelnen Kapitel zu integrieren und ihre Situation nicht, wie dies oftmals üblich ist, in einem gesonderten Kapitel abzuhandeln. Die Inklusion, die von

¹ Vortrag auf der Wiederholungstagung am 13./14. Januar 2011

² eingerichtet durch einen gemeinsamen Beschluss der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) und der Jugend- und Familienministerkonferenz (JFMK)

der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen eingefordert wird, wird so in einem Bericht für die Bundesregierung auch umgesetzt.

Im Artikel 7 des **Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen** wird der als Rechtsanspruch für Kinder mit Behinderungen wie folgt formuliert. Artikel 7 lautet in der amtlichen deutschen Übersetzung:

- „(1) Die Vertragsstaaten treffen alle erforderlichen Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können.
- (2) Bei allen Maßnahmen, die Kinder mit Behinderungen betreffen, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.
- (3) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen das Recht haben, ihre Meinung in allen sie berührenden Angelegenheiten gleichberechtigt mit anderen Kindern frei zu äußern, wobei ihre Meinung angemessen und entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife berücksichtigt wird, und behinderungsgerechte sowie altersgemäße Hilfe zu erhalten, damit sie dieses Recht verwirklichen können.“³

In weiteren Artikeln werden die Rechte von Menschen mit Behinderungen ausgeführt. Beispielhaft erwähnt seien das Recht auf:

- eine barrierefreie Umwelt (Artikel 9),
- ein selbstbestimmtes Leben und auf die Einbeziehung in die Gemeinschaft (Inklusion) (Artikel 19),
- ein inklusives Bildungssystem (Artikel 24),
- ein Höchstmaß an Gesundheit (Artikel 25) oder
- Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport (Artikel 30).

Mit der Verabschiedung des *Gesetzes zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* und der Hinterlegung der Ratifizierungsurkunde am 24. Februar 2009 ist diese Konvention seit dem 26. März 2009 geltendes Recht in der Bundesrepublik Deutschland.

1.3 Beschlüsse der ASMK: Reform der Eingliederungshilfe

Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) hatte nicht zuletzt vor diesem skizzierten Hintergrund in ihrer 84. Sitzung im November 2007 eine Bund-Länder-AG gefordert, die Vorschläge für eine Reform der Eingliederungshilfe (SGB XII) entwickeln soll. Diese Arbeitsgruppe setzte eine Unterarbeitsgruppe ein, die Vorschläge für eine Inklusion von Kindern mit Behinderungen erarbeiten sollte. In dieser Arbeitsgruppe waren auch die

³ Menschenrechtsübereinkommen über die Rechte behinderter Menschen unter:
http://www.bmas.de/portal/2888/uebereinkommen__ueber__die__rechte__behinderter__menschen.html

Jugend- und Familienministerkonferenz (JFMK) und die Kultusministerkonferenz (KMK) vertreten. Der Zwischenbericht dieser Interkonferenziellen Unterarbeitsgruppe war Anlass für den Beschluss der 86. ASMK, eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit der JFMK, dem Bund und den kommunalen Spitzenverbänden einzurichten. Weiter heißt es in dem Beschluss „Inklusion von jungen Menschen mit Behinderungen“: „Die Arbeitsgruppe soll die konkreten Schnittstellen und die vor Ort entwickelten Kooperationsformen zwischen Sozialhilfe und Kinder- und Jugendhilfe sorgfältig analysieren und Vorschläge entwickeln, wie erzieherische und behinderungsbedingte Hilfen nahtlos ineinandergreifen können. Dafür sollen Eckpunkte und Rahmenbedingungen erarbeitet werden. Vor dem Hintergrund der VN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung sowie den Schnittstellenproblemen sehen die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder in der Zusammenführung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit Behinderung unter dem Dach der Kinder- und Jugendhilfe einen denkbaren Ansatz. Mit einer solchen Aufgabenverlagerung von der Sozialhilfe auf die Kinder- und Jugendhilfe wären allerdings weitreichende finanzielle, organisatorische und personelle Konsequenzen für den Verwaltungsvollzug in den Ländern verbunden, die einer sorgfältigen Aufbereitung bedürfen. Insbesondere sind die finanziellen Folgen sowie personellen und strukturellen Anforderungen zu überprüfen.“⁴

2. Neue Begrifflichkeiten: Inklusion statt Integration

2.1 Der Inklusionsbegriff

Mit der Diskussion über das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wird auch die Bedeutung des Begriffs „Inklusion“ in der Eingliederungshilfe stärker diskutiert und als Leitlinie des Handelns gefordert. Die Inklusion von behinderten Menschen in die Gesellschaft ist mehr als Integration, wie die fachliche Debatte schnell zeigt. Mit dem Begriff der „Inklusion“ wird die Forderung aufgestellt, dass Menschen mit Behinderungen von Anfang an Teil der Gesellschaft sind, in der sie leben. Integration bedeutet, dass sich der behinderte Mensch außerhalb einer Gruppe befindet und er durch bestimmte Maßnahmen die Möglichkeit erhält, Teil dieser Gruppe zu werden. Integration ist dann erforderlich, wenn es zuvor einen Prozess der Ausgliederung oder der Segregation gab. Diese Segregation findet auch in unserer Gesellschaft statt – oftmals aus grundsätzlich guten Erwägungen: Um Kinder mit Behinderungen besonders zu fördern, werden sie in Fördereinrichtungen aufgenommen. Diese Einrichtungen – angefangen bei den Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen über die Förderkindergärten bis hin zu den Förderschulen – haben exklusives fachliches Wissen und Kompetenzen entwickelt, um Kinder mit Behinderungen zu fördern und zu begleiten. Wenn Kinder, so der Grundgedanke, von Anfang an entsprechend ihrer Behinderung und ihrer Ressourcen gefördert werden, dann können sie sich optimal entwickeln, dann wird gesellschaftliche Teilhabe möglich. Tatsächlich wird durch diese – im doppelten Wortsinn – exklusive Förderung eine zweite Lebenswelt für Kinder mit Behinderungen geschaffen, die nur noch wenige Berührungspunkte zur ersten Lebenswelt von Kindern ohne Behinderungen hat. Die ex-

⁴ Beschlussprotokoll der 86. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder unter: <http://www.stmas.bayern.de/wir/asmk2009/ergebnis-asmk2009.pdf>, S. 12

klusive Förderung führt zu einer Segregation behinderter Kinder, der durch Integrationsmaßnahmen entgegen gewirkt werden soll.

Inklusion geht von dem Gedanken aus, dass Kinder mit Behinderungen und Kinder ohne Behinderungen Mitglieder einer Gesellschaft sind. Es gilt somit, sie gemeinsam zu bilden und zu fördern. Dabei sind das fachliche Wissen und die Kompetenzen der augenblicklichen exklusiven Förderung weiterhin erforderlich, denn Inklusion erfordert eine Förderung behinderter Kinder, damit die behinderungsbedingten Nachteile ausgeglichen werden können. Inklusion betont somit die Vielfalt von menschlichen Lebensmöglichkeiten; Behinderung – welcher Art auch immer – ist eine von vielen verschiedenen Lebensmöglichkeiten. Letztlich bedeutet Inklusion, jeden Menschen individuell und in seiner Einzigartigkeit wahrzunehmen. Diese Einzigartigkeit – sei es ein Kind mit einem Down-Syndrom oder ein Kind mit einer spezifischen Hochbegabung – gilt es zu erkennen und zu fördern.

Im Ergebnis bedeutet Inklusion, jedes Kind in seiner Individualität zu sehen und gemeinsam mit ihm zu klären, was ihn an der gesellschaftlichen Teilhabe hindert. Die gesellschaftliche Teilhabe kann genauso durch eine körperliche Behinderung oder durch eine Lernbehinderung wie durch ein Erziehungsdefizit oder vielleicht auch durch eine Hochbegabung in einem Bereich eingeschränkt sein. Inklusion separiert Kinder nicht mehr, weil sie behindert, verhaltensauffällig oder hochbegabt sind, um nur einige Gründe für die heutige Sonderförderung zu benennen, sondern Inklusion fragt nach den Möglichkeiten der Kinder. Inklusion ist also keine „Gleichmacherei“, sondern betont die individuelle Einzigartigkeit eines jeden Kindes und nutzt diese, um dem Kind Teilhabechancen zu ermöglichen.

Damit Kinder ihre Teilhabechancen verwirklichen können, gilt es, sie zu befähigen, diese Chancen auch zu nutzen. „Empowerment“ und „Partizipation“ seien hier als Stichworte genannt.

Im Ergebnis führt die Umsetzung einer inkludierenden Gesellschaft zum Umbau der vorhandenen Leistungssysteme – von der Frühförderung über die Kindertagesstätten bis hin zur Schule und zum Beruf. Inklusion, die die Vielfalt und damit die Einzigartigkeit des Menschen ernst nimmt, verändert die Gesellschaft.

2.2 Der Inklusionsgedanke im 13. Kinder- und Jugendbericht

Der Inklusionsgedanke wird vom 13. Kinder- und Jugendbericht aufgegriffen und zur Beantwortung der Frage, wie Kinder gesund aufwachsen können, weiterentwickelt. Zentrale Erkenntnisse des Berichtes sind:

- In der Forschung gibt es kaum Daten über die gesundheitliche Lebenslage von Kindern mit Behinderung (Ausnahme ist der Bereich medizinischer Diagnostik).
- Die medizinischen Diagnosen sind in der Mehrzahl „defizitorientiert“ („was geht nicht?“) und geben kaum Einblicke in Ressourcen und Lebenslagen.

- Krankheit und Behinderung werden selten unterschieden – gleichwohl bewegen sich auch Heranwachsende mit Behinderungen auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit und Gesundheit steigt mit besseren Teilhabe-Chancen!
- Die Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen Jugend- und Sozialhilfe für verschiedene Arten von Behinderungen ist hinderlich für die richtige Hilfe zum richtigen Zeitpunkt.
- Der Hilfebedarf wird häufig aus einer Angebots- und Institutionenlogik heraus formuliert und nicht vom Bedarf des Kindes oder Jugendlichen abgeleitet.
- Die Praxis der Leistungsträger ist durch Abgrenzungen und Zuständigkeitsverweis zwischen Sozial- und Jugendhilfe (und auch Krankenkassen) geprägt. Komplexleistungen und Mischfinanzierungen spielen kaum eine Rolle.
- Es entstehen an den Schnittstellen der Systeme „Verschiebebahnhöfe“ und bisweilen „schwarze Löcher“.
- Kindertagesstätten bilden eine Ausnahme: Hier gibt es bundesweit einen fast flächendeckenden Ausbau integrativer, wenn auch noch nicht immer inkludierender Angebote.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse und Erkenntnisse fordert der 13. Kinder- und Jugendbericht:

- Die Jugendhilfe ist aufgefordert, sich für alle Kinder und Jugendlichen zuständig zu fühlen (§ 1 SGB VIII).
- Es braucht eine enge Kooperation mit Gesundheits- und Behindertenhilfe sowie den Selbsthilfeorganisationen.
- Auf kommunaler Ebene sind inklusive und beteiligungsorientierte Jugendhilfeplanungsprozesse notwendig.
- Paradigmenwechsel in der Entwicklung von Angeboten: von der „Fürsorge“ für Behinderte zur Wahrnehmung der Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-Konvention).

Bemerkenswert ist die Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht. Dort heißt es:

„Die Bundesregierung unterstützt den inklusiven Ansatz der Berichtskommission nachdrücklich, insbesondere auch unter Bezugnahme der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung und § 24 der UN-Kinderrechtskonvention (...). Trotz dieser zweifelsohne großen und vielfältigen Herausforderungen hält es die Bundesregierung für notwendig, die Möglichkeit einer Zuständigkeitskonzentration bei der Kinder- und Jugendhilfe intensiv zu prüfen.“⁵

⁵ 13. Kinder- und Jugendbericht unter <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=128950.html>

3. Die nächsten Schritte

3.1 Ergebnisse der Interkonferenziellen Unterarbeitsgruppe

Die von der ASMK eingesetzte Unterarbeitsgruppe beschreibt in ihrem Zwischenbericht die Schwierigkeiten, Kinder mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen. Dazu gehören insbesondere:

- Schwierigkeiten bei der Unterscheidung nach der Art der Behinderung (Mehrfachbehinderung oder Unterscheidung spezifischer Formen von seelischer und geistiger Behinderung),
- Wechselwirkungen von behinderungsspezifischem Bedarf und erzieherischem Bedarf führen zu Abgrenzungsproblemen und Zuständigkeitsstreitigkeiten, da eine klare Zuordnung häufig nicht zu treffen ist,
- Verschiebeparkplätze und „schwarze Angebotslöcher“ als Folgen,
- Probleme in der Praxis: Jugend- und Eingliederungshilfe haben sich als unabhängige Systeme (getrennte Welten) entwickelt (z.B. Hilfelogiken, Bedarfe, fachliche Ausgangspunkte).

Im Ergebnis wird im Zwischenbericht der Unterarbeitsgruppe der ASMK – ähnlich wie im 13. Kinder- und Jugendbericht und in der Stellungnahme der Bundesregierung zu diesem Bericht – die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendlichen mit und ohne Behinderung gefordert. Diese Forderung gilt als die „Große Lösung“. Die mögliche Alternative, die Zuständigkeit der Eingliederungshilfe für alle Kinder und Jugendlichen mit Behinderung zu fordern, wird als Widerspruch zum Inklusionsgedanken und damit als Widerspruch zur UN-Behindertenrechtskonvention gesehen. Damit würde die Behinderung zu einem Ausgrenzungsmerkmal; Inklusion – verstanden als das Zusammenleben von Kindern mit und ohne Behinderungen – wäre nicht möglich.

3.2 Die Vorteile der „Großen Lösung“ aus Sicht der Interkonferenziellen Unterarbeitsgruppe (UAG)

Im Zwischenbericht der UAG werden als Vorteile der „Großen Lösung“ genannt:

- Die Schnittstellenproblematik wird konsequent beseitigt (keine Zuständigkeitskonflikte, Zuordnung zu Behinderungsarten entfällt).
- Es kann ein einheitliches Rechtssystem geschaffen werden.
- Die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe zu einem inklusiven Rechtssystem kann gelingen.
- Es ist ein eindeutiges Signal für inkludierende Angebote.
- Die Voraussetzungen zur Nutzung von Kompetenzen und Ressourcen der Eltern und der Kinder werden verbessert.
- Mögliche Wechselwirkungen zwischen erzieherischen und behinderungsspezifischen Problemen können besser berücksichtigt werden (ganzheitliche Betrachtung).
- Die notwendigen Hilfen können „aus einer Hand“ erbracht werden.

3.3 Zahlen, Daten und Fakten (Stand: 31.12.2007)

Die Umsetzung der „großen Lösung“ bedeutet ein enormer Kraftakt für alle beteiligten Systeme. Der Beschluss der ASMK zur Einsetzung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe mit der JFMK unter Beteiligung des Bundes und der Kommunalen Gebietskörperschaften macht dies deutlich. Voraussetzung zur Planung und zur Steuerung dieses Prozesses sind zuverlässige Zahlen und Fakten. Auch hier hat die Interkonferenzielle Arbeitsgruppe in ihrem Zwischenbericht erste Ergebnisse dokumentiert. Dies sind:

Zu den Fallzahlen:

- SGB VIII: 358.000 Einzelfallhilfen – davon 64 Prozent (= 231.000) als HzE und § 35a (§ 35a = 22.533 Maßnahmen),
- SGB XII: 124.564 Einzelfallhilfen für behinderte Kinder und Jugendliche,
- SGB VIII und SGB XII: 147.097 Einzelfallhilfen (85 Prozent nach dem SGB XII und 15 Prozent nach dem SGB VIII).

Zu den Kosten:

- SGB VIII = 22,8 Mrd. Euro, davon rund 5,9 Mrd. Euro für die Einzelfallhilfen (= 26 Prozent) – Eingliederungshilfe = 531,2 Mio. Euro (= 9 Prozent),
- SGB XII = 1,857 Mrd. Euro (insbesondere heilpädagogische Leistungen = 900 Mio. Euro, Hilfen für angemessene Schulausbildung = 840 Mio. Euro).

Zur Zielgruppe:

- Leistungen der Eingliederungshilfe: 65 Prozent Jungen und 35 Prozent Mädchen,
- SGB XII: 65 Prozent unter 7 Jahren und 26 Prozent 7 bis unter 15 Jahren,
- SGB VIII: 7,5 Prozent unter 7 Jahre und 75,5 Prozent 7 bis unter 15 Jahren.

3.4 Wie geht's weiter?

Die Jugend- und Familienministerkonferenz hat am 20. Mai 2010 den Beschluss der ASMK zur Einsetzung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe unter Beteiligung des Bundes und der Kommunalen Spitzenverbände übernommen.

Die ASMK-Geschäftsstelle hatte alle Beteiligten zu einem vorbereitenden Treffen für den 28. September 2010 nach Wiesbaden eingeladen. Dort verständigten sich die Vertretungen von ASMK und JFMK auf eine gemeinsame Federführung der Arbeitsgruppe durch die Länder Rheinland-Pfalz (ASMK und JFMK), Schleswig-Holstein (ASMK) und Saarland (JFMK).

Der Arbeitsgruppe selbst gehören an:

- zweimal fünf Länder für die ASMK und JFMK,
- das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend,

- die Kommunalen Spitzenverbände, vertreten durch den Deutschen Landkreistag und den Deutschen Städtetag,
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) und
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAGLJÄ).

In der ersten Arbeitsgruppensitzung am 10. Januar 2011 verständigte sich die Arbeitsgruppe darauf, zu den Sitzungen auch Experten der örtlichen Träger der Jugend- und Sozialhilfe, der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie Verbände der Selbsthilfe und der Leistungsanbieter zu spezifischen Fragestellungen einzuladen. Geplant ist, der ASMK im Herbst 2011 einen ersten Zwischenbericht vorzulegen. Der Abschlussbericht soll der ASMK im Herbst 2012 vorgelegt werden.

Dabei wird die Arbeitsgruppe Antworten auf folgende Fragen der ASMK und der JFMK vorlegen müssen:

- Wie sehen die Schnittstellen und Kooperationsformen zwischen Eingliederungshilfe und Kinder- und Jugendhilfe aus?
- Wie können erzieherische Hilfen und Unterstützungsleistungen zur Kompensation der Behinderung bzw. der Handicaps nahtlos ineinander greifen?
- Welche strukturellen, finanziellen, organisatorischen und personellen Konsequenzen für den Verwaltungsvollzug der Länder und Kommunen sind zu erwarten?

Dabei gilt es, vorrangig die Auswirkungen einer „große Lösung“ im SGB VIII zu prüfen, die Konsequenzen einer „großen Lösung“ im SGB XII sollen auf Wunsch der Kommunalen Spitzenverbände auch dargestellt werden.

Weitere Informationen unter:

Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK, Eckpunkte für die Reformgesetzgebung Eingliederungshilfe im SGB XII:
<http://www.alle-inklusive.de/wp-content/uploads/2009/12/ASMK-2009-Anlage-1-Eckpunkte-Eingliederungshilfe.pdf>

Literaturhinweise

Adam, Albert

Erkenntnisse der Neuropsychologie im Praxisfeld der Jugendhilfe. Erfahrungen mit medikamentöser Unterstützung durch Psychopharmaka im Rahmen eines mehrdimensionalen Hilfekonzepts.

In: Blickpunkt Jugendhilfe, Berlin: VPK - Bundesverband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe e.V.; 11 (2006); Nr. 3; S. 30-42; Abb., Lit.; ISSN 1613-4230

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe -AGJ-, Berlin (Hrsg.)

Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe - AGJ vom 27. April 2010.

Berlin (2010); 15 S.; Lit.

Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik -AKJStat-, Dortmund

Neue Einsichten in die Hilfen zur Erziehung.

In: Forum Jugendhilfe, Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (2009); Nr. 2; S. 41-45; Abb., Tab., Lit.; ISSN 0171-7669

Averbeck, Birgit; Hermans, Björn Enno

Vom Wagnis der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung -ZSTB-, Dortmund: Verlag modernes Lernen; 26 (2008); Nr. 3; S. 187-193; Lit.; ISSN 0723-9505

Bange, Dirk; Hofmann, Sandra; Kristian, Silvia

Minderjährige Sexual(straf)täter - Fakten, Hintergründe und das Hamburger Modellprojekt.

In: Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe (ZJJ), Hannover: Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V.; 19 (2008); Nr. 1; S. 43-52; Tab., Lit.; ISSN 1612-1864

Bausum, Jacob; Besser, Lutz; Kühn, Martin; Weiß, Wilma (Hrsg.)

Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 2. erg. u. korr. Aufl.

Weinheim: Juventa (2011); 228 S.; Lit.; ISBN 978-3-7799-2234-6

Beck, Norbert

Die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbessern. Zur Ausgestaltung der Kooperation zwischen Kinder-/Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe.

In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2008); Nr. 4; S. 15-25; Abb., Lit.; ISSN 0934-8417

Berlin, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.)

Berlin, Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (Hrsg.)

Weise, Rosmarie; Hartung, Anita; Wessel, Monika

Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule.

Berlin (2003); 54 S.; Abb., Lit.

Binschus-Schwonberg, Susanne

Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). Eine erweiterte Buchbesprechung.

In: Zeitschrift für das Fürsorgewesen, Hannover: Boorberg; 60 (2008); Nr. 4; S. 82-85; Lit.; ISSN 0342-3379

Breithaupt-Peters, Monique

Erkenntnisse der Neuropsychologie im Praxisfeld der Jugendhilfe.

In: Blickpunkt Jugendhilfe, Berlin: VPK - Bundesverband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe e.V.; 11 (2006); Nr. 3; S. 18-29; Abb., Lit.; ISSN 1613-4230

Briken, P.; Spehr, A.; Romer, G.; Berner, W. (Hrsg.)

Sexuell grenzverletzende Kinder und Jugendliche.

Lengerich: Pabst (2010); 356 S.; Lit.; ISBN 978-3-89967-541-2

Brünger, Michael; Naumann, Alexander; Schepker, Renate

Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 83 (2010); Nr. 10; S. 345-351; Lit.; ISSN 0003-2336

Denner, Silvia

Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen.

Stuttgart: Kohlhammer (2008); 304 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 978-3-17-019387-1

Deutsches Jugendinstitut –DJI–, München (Hrsg.)

Hoops, Sabrina; Permien, Hanna

„Mildere Maßnahmen sind nicht möglich!“. Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631 b BGB in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie.

München: DJI Verl. (2006); 142 S.; Tab., Lit.; ISBN 3-935701-17-9

Dillmann, Franz; Dannat, Knut-Egbert

„Forever young“ - Ewig junge Abgrenzungsprobleme zwischen Leistungen für behinderte junge Menschen nach dem SGB VIII und dem SGB XII.

In: Zeitschrift für das Fürsorgewesen, Hannover: Boorberg; 61 (2009); Nr. 2; S. 25-33; Lit.; ISSN 0342-3379

Döpfner, Manfred; Petermann, Franz

Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Band 2. 2. überarb. Aufl.

Göttingen: Hogrefe (2008); X, 179 S.; Lit.; ISBN 3-8017-2173-2

Döpfner, Manfred; Petermann, Franz

Ratgeber Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Band 2. 2. akt. Aufl.

Göttingen: Hogrefe (2008); 74 S.; Lit.; ISBN 3-8017-2208-1

Erhart, M.; Hölling, Heike; Bettge, S.; Ravens-Sieberger, Ulrike; Schlack, Robert
Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.
In: Bundesgesundheitsblatt, Heidelberg: Springer; 50 (2007); Nr. 5/6; S. 800-809; Tab., Lit.; ISSN 1436-9990

Eicke, Werner; Braksch, Gudrun
Ist-Analyse der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen und chronisch psychischen Erkrankungen.
In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Weinheim: Juventa; 60 (2009); Nr. 5; S. 353-364; Tab., Lit.; ISSN 0342-2275

Eisert, Thomas; Vöhringer, Alice
Hilfe für straffällige Zappelphilippe. Hometreatment bei delinquenten Kindern mit ADHS und einer Störung des Sozialverhaltens.
In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 33 (2008); Nr. 11; S. 24-29; Lit.; ISSN 0340-8469

Elsner, Klaus; König, Andrej
Evaluation der Behandlung sexuell übergriffiger strafunmündiger Jungen.
In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV, Lengerich: Pabst; 13 (2010); Nr. 1; S. 20-43; Abb., Tab., Lit.; ISSN 1436-9850

Enser, Markus
Diskontinuierliche Beziehungsverläufe als eine Indikation für freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631 b BGB. Quantitative Fallstudie aus dem Pädagogisch-Therapeutischen Intensivbereich (PTI) der Rummelsberger Dienste für junge Menschen gGmbH.
In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.; (2007); Nr. 4; S. 35-43; Abb., Lit.; ISSN 0934-8417

Evangelischer Erziehungsverband e.V. -EREV-, Hannover (Hrsg.)
Integrativ denken - kooperativ handeln. Jugendhilfe - Sozialpsychiatrie - Kinder- und Jugendpsychiatrie - Eingliederungshilfe. Tagungsdokumentation und Fazit der verbandsübergreifenden Projektgruppe des BeB und EREV.
Hannover; 48 (2007); Nr. 2; 96 S.; Lit.
(EREV-Schriftenreihe; 2007/2)

Evangelischer Erziehungsverband e.V. -EREV-, Hannover (Hrsg.)
Jugendhilfe und Psychiatrie. Aggressive Krisen - Diagnostik – Gelungene Kooperationen.
Hannover; 49 (2008); Nr. 2; 94 S.; Abb., Tab., Lit.
(EREV-Schriftenreihe; 2008/2)

Evangelischer Erziehungsverband e.V. -EREV-, Hannover (Hrsg.)
Neulinger, Klaus E.
Kinder im Abseits. Ein Bericht aus der Praxis der Schulen für Erziehungshilfe.
Hannover; 50 (2009); Nr. 3; 95 S.; Tab.
(EREV-Schriftenreihe; 2009/3)

Fegert, Jörg M.

Führt der Weg zum Jugendamt der Zukunft über § 35a SGB VIII als Einstieg zur „großen Lösung“?

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 83 (2010); Nr. 7-8; S. 267-275; Lit.; ISSN 0003-2336

Fegert, Jörg M.

Kinder und Jugendliche mit Behinderung. Über § 35 a SGB VIII zur „großen Lösung“?

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 5 (2010); Sonderheft; S. 13-15; Lit.; ISSN 1861-6631

Fegert, Jörg M.; Besier, Tanja; Goldbeck, Lutz

Positionspapier: Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe und Reizensburger interdisziplinärer Appell der Fachkräfte.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 81 (2008); Nr. 4; S. 187-192; Lit.; ISSN 0003-2336

Fegert, Jörg M.; Roosen-Runge, Gotthart; Thoms, Edelhard; Kirsch, Ursula;

Kölch, Michael; Meysen, Thomas

Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII der Kommission Jugendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 81 (2008); Nr. 4; S. 177-185; Lit.; ISSN 0003-2336

Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute; Goldbeck, Lutz (Hrsg.)

Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung.

Weinheim: Juventa (2010); 352 S.; Abb., Lit.; ISBN 978-3-7799-2262-9

Fischer, Lothar; Mann, Horst

Zur geschlossenen Unterbringung eines Kindes in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie nach § 1631 b BGB. Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Beschluss vom 14. Juni 2007 - 1 BvR 338/07.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 46 (2008); Nr. 1; S. 48-51; ISSN 0022-5940

Flender, Judith; Demant, Monika

„Das ist mir auch schon aufgefallen.“ Übereinstimmungen bei der Beurteilung von Entwicklungsauffälligkeiten durch Erzieherinnen und Therapeutinnen in der Frühförderstelle.

In: Frühförderung interdisziplinär, München: Reinhardt; 26 (2007); Nr. 1; S. 23-32; Tab., Lit.; ISSN 0721-9121

Franz, Michael

Die Belastung von Kindern psychisch kranker Eltern. Eine Herausforderung zur interdisziplinären Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie.

In: Kind Jugend Gesellschaft, Neuwied: Luchterhand; 50 (2005); Nr. 3; S. 82-86; Abb.; ISSN 0939-4354

Freitag, Christine M.

Sozialstatus und Verhaltensstörungen. Ein Vergleich zwischen Jugendlichen aus deutschen und ausländischen Familien. Psychosoziale Belastung und Verhaltensauffälligkeiten bei Jugendlichen aus migrierten und deutschen Familien.

Eschborn: Klotz (2000); 127 S.; Tab., Lit.; ISBN 3-88074-293-6

Fröhlich-Gildhoff, Klaus

Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten.

Stuttgart: Kohlhammer (2007); 308 S.; Tab., Lit.; ISBN 978-3-17-018737-5

Goltsche, Irene; Kramer, Patrick

Life Space Crisis Intervention (LSCI) oder Deeskalation in Alltagssituationen.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 48 (2010); Nr. 2; S. 21-26; Lit.; ISSN 0022-5940

Götze-Ohlich, Michael

Erziehungshelfer Ritalin? Zur Problematik einer Diagnose.

In: Kita-Debatte, Potsdam: Brandenburg, Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (2007); Nr. 1; S. 71-81; Lit.

Greß, Stefan; Rixen, Stephan; Wasem, Jürgen

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche: Abgrenzungsprobleme und Reformszenarien.

In: Vierteljahresschrift für Sozialrecht - VSSR, Köln: Heymanns; 27 (2009); Nr. 1; S. 43-60; Lit.; ISSN 0941-861X

Häßner, Tobias

Leben lernen - Freiräume nutzen. Ein neues Angebot hilft jugendlichen Sexualstraftätern nach der ersten Therapie.

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband -EREV-; 85 (2008); Nr. 4; S. 224-225; ISSN 0943-4992

Harnach-Beck, Viola

Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme. 5., überarb. Aufl.

Weinheim: Juventa (2007); 406 S.; Lit., Reg.; ISBN 3-7799-1107-8
(Soziale Dienste und Verwaltung)

Heekerens, Hans-Peter

Das Elend der Heimkinder.

In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 61 (2009); Nr. 11+12; S. 477-489; Lit.; ISSN 0342-5258

Hein, Diana; Rahtjen, Sebastian

„Denn es geht nicht ohne, wir müssen miteinander!“. Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule.

In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2010); Nr. 1/2; S. 69-74; Lit.; ISSN 0934-8417

Hein, Diana; Neudert, Kati

„Der Wind ist rauer“: Kinder und Jugendliche in komplexen Problemsituationen. Ergebnisse einer Befragung von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe in Sachsen.

In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2007); Nr. 3; S. 12-16; Lit.; ISSN 0934-8417

Hölling, Heike; Erhart, M.; Ravens-Sieberer, Ulrike; Schlack, Robert

Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS).

In: Bundesgesundheitsblatt, Heidelberg: Springer; 50 (2007); Nr. 5/6; S. 784-793; Tab., Lit.; ISSN 1436-9990

Hoffmann, Jens; Steffes-Enn, Rita

Zielgerichtete Gewalt und Amok an Schulen - Aktueller Erkenntnisstand und Ansätze der Prävention.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 48 (2010); Nr. 3; S. 120-129; Lit.; ISSN 0022-5940

Hoops, Sabrina; Permien, Hanna

„Wir werden dir schon helfen!“. Zwangskontexte im Rahmen von Kinder- und Jugendhilfe.

In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 60 (2008); Nr. 3; S. 98-112; ISSN 0342-5258
Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen -IGfH-, Frankfurt/Main (Hrsg.)

Köttgen, Charlotte

Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe.

Frankfurt/Main: Selbstverlag (2007); 256 S.; Lit.; ISBN 978-3-925146-63-3

Kelle, Helga; Tervooren, Anja (Hrsg.)

Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung.

Weinheim: Juventa (2008); 226 S.; Abb., Lit.; ISBN 978-37799-1545-4

Klöber, Gabriele; Pompe, Tanja; Tönnies, Sven

Zur psychischen Befindlichkeit von Jungen und Mädchen - Diagnostik mit der Symptomcheckliste SCL-90-R.

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband; 85 (2008); Nr. 1; S. 16-25; Tab., Lit.; ISSN 0943-4992

Klöber, Gabriele; Weimer-Ludwig, Birgit

Kinder und Jugendliche mit familiären Alkohol-Suchterfahrungen in der stationären Jugendhilfe.

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband; 85 (2008); Nr. 5; S. 280-287; Tab., Lit.; ISSN 0943-4992

Kölch, Michael; Wolff, Mechthild; Fegert, Jörg M.

Teilhabebeeinträchtigung - Möglichkeiten der Standardisierung im Verfahren nach § 35 a SGB VIII.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 80 (2007); Nr. 1; S. 1-8; Abb., Lit.; ISSN 0003-2336

Korittko, Alexander ; Pleyer, Karl Heinz

Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege.

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (2010); 322 S.; Abb., Lit.; ISBN 3-525-40207-8

Kurz-Adam, Maria

Intimität und Verantwortung - Zukünftige Herausforderungen an die Erziehungsberatungsstellen.

In: Neue Praxis, Lahnstein: Verl. Neue Praxis; 37 (2007); Nr. 5; S. 517-525;

ISSN 0342-9857

Landua, Kerstin

Sind die Hilfen, die wir anbieten, nicht nur gut gemeint, sondern auch gut gemacht? Ein Tagungsbericht.

In: Blickpunkt Jugendhilfe, Berlin: VPK - Bundesverband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe e.V.; 16 (2011); Nr. 1; S. 27-31; ISSN 1613-4230

Leipzig, Jugendamt (Hrsg.); Univ. Leipzig, Erziehungswissenschaftliche Fakultät (Bearb.)

Keil, Miriam; Wolffersdorff, Christian von; Graba, Urte; Hein, Diana; Neudert, Kati;

Rahtjen, Sebastian

„Komplexer Hilfebedarf“. Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule. Abschlussbericht zum Landesmodellprojekt des Jugendamtes Leipzig und der Universität Leipzig in Zusammenarbeit mit dem Landesjugendamt. November 2007 - September 2009.

Leipzig (2009); 166 S.; Abb., Tab., Lit.

Lempp, Reinhard

Seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe § 35 a SGB VIII. 5., überarb. Aufl.

Stuttgart: Boorberg (2006); 63 S.; ISBN 3-415-03633-2

Leßmeister, Ralf

Psychische Devianz im Kindes- und Jugendalter - ein sozialräumliches Problem der Jugendhilfe?

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 48 (2010); Nr. 3; S. 136-143; Abb., Lit.;

ISSN 0022-5940

Löhr, Ulla

„Wer kooperiert, gewinnt“. ZeBiM - Ein systemisches Angebot ambulanter sozialraumbezogener Erziehungshilfe.

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband -EREV-; 86 (2009); Nr. 1; S. 25-33; Abb.; ISSN 0943-4992

Mallmann, Doris

Was kann die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Jugendhilfe anbieten?

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband; 83 (2006); Nr. 3; S. 153-157; Lit.; ISSN 0943-4992

Menne, Klaus

Der stumme Skandal der Erziehungsberatung.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 82 (2009); Nr. 11; S. 531-540; Abb., Tab., Lit.; ISSN 0003-2336

Müller, Sabine; Plener, Paul L.; Kölch, Michael

Pharmakotherapie bei psychisch kranken Minderjährigen.

In: Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Grundlagen und Praxis. Evangelischer Erziehungsverband e.V. -EREV-, Hannover; 51 (2010); S. 81-90

Nützel, Jakob; Schmid, Marc; Goldbeck, Lutz; Fegert, Jörg M.

Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern.

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 54 (2005); Nr. 8; S. 627-644; Abb., Tab., Lit.; ISSN 0032-7034

Onken, Markus

Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe.

Begegnung von Erzieher und Arzt.

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband; 84 (2007); Nr. 1; S. 12-15; ISSN 0943-4992

Paulitz, Harald

Mediengewalt und jugendliche Amokläufe. Ein kausaler Zusammenhang?

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 2 (2007); Nr. 7/8; S. 284-289; ISSN 1861-6631

Paulitz, Harald

Mobbing in der Schule. Eine gesellschaftliche Zeitbombe?

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 1 (2006); Nr. 2; S. 90-95; ISSN 1861-6631

Plaß, Angela; Ohntrup, Janna M.; Wiegand-Grefe, Silke

Das familienorientierte Forschungs- und Präventionsprojekt CHIMPs (Children of mentally ill parents). Übersicht und aktueller Forschungsstand.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 48 (2010); Nr. 2; S. 71-75; Lit.; ISSN 0022-5940

Piontkowski, Corinna; Fries-Huguenin-Virchaux, Dörte; Ziegenhain, Ute

Pädagogisches Arbeiten mit Mädchen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 10 (2004); Nr. 1; S. 14-21; Lit.

Pirani, Uta von

Hilfen für Kinder aus einer Hand. Plädoyer für das Zusammenwirken von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten und Jugendhilfe unter einem Dach. Erfahrung aus dem Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin.

In: Forum Jugendhilfe, Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (2005); Nr. 3; S. 61-63; ISSN 0171-7669

Pothmann, Jens

Empirische Befunde zur Inanspruchnahme von Hilfen gem. § 35a SGB VIII.

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 4 (2009); Nr. 8/9; S. 353-359; Tab., Lit.; ISSN 1861-6631

Pothmann, Jens

Seelische Behinderung - eine Jugendhilfemaßnahme wird sichtbar. Ergebnisse einer neuen Erhebung zu „35a-Maßnahmen“.

In: KomDat-Jugendhilfe, Dortmund: Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik; 12 (2009); Nr. 1 (März); S. 7-9; Abb., Tab.; ISSN 1436-1450

Psychotherapeutenkammer Berlin (Hrsg.)
Wiesner, Reinhard
Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht.
Berlin (2005); 57 S.; Lit.

Ravens-Sieberer, Ulrike; Wille, N.; Bettge, S.; Erhart, M.
Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS).
In: Bundesgesundheitsblatt, Heidelberg: Springer; 50 (2007); Nr. 5/6; S. 871-878; Abb., Tab., Lit.; ISSN 1436-9990

Rheinland-Pfalz, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Mainz (Hrsg.); Institut für Sozialpädagogische Forschung e.V. -ism-, Mainz (Bearb.)
Moos, Marion; Müller, Heinz
Einführung und Arbeitshilfe zur Eingliederung nach § 35a SGB VIII.
Mainz (2007); 70 S.; Lit.; ISBN 3-936257-18-3

Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.)
Dörr, Margret
Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung.
München: DJI (2009); 67 S.; Lit.

Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.)
Fegert, Jörg M.; Besier, Tanja
Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform.
München: DJI (2009); 133 S.; Lit.

Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.)
Kölch, Michael
Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern.
München: DJI (2009); 40 S.; Lit.

Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.)
Lenz, Albert
Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern. Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe.
München: DJI (2009); 51 S.; Lit.

Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales, Landesjugendamt, Chemnitz (Hrsg.)
Jungmann, Joachim
Entwicklung effektiver Organisationsformen zur interdisziplinären Hilfeplanung (im Landkreis Meißen). Entwicklung und Begleitung von Angeboten zwischen Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule. Projekt 2005 - 2006. Abschlussbericht.
Chemnitz (2007); 107 S.; Abb., Tab., Lit.

Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales, Landesjugendamt, Chemnitz (Hrsg.)
Strieder, Tobias; Wolffersdorff, Christian von
Modellprojekt ESCAPE . Erprobung neuer Hilfsangebote für Kinder mit abweichendem Verhalten (Juli 2000 - März 2003). Schlussbericht zur Evaluation.
Chemnitz (2003); 94 S.; Abb., Tab., Lit.

Sauerbrey, Ulf; Freytag, Christine
Diagnose ADHS - Hinweise zum vorsichtigen Umgang mit einer Trenddiagnose.
In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 15 (2009); Nr. 4; S. 206-209; Lit.;
ISSN 0947-8957

Schepker, Renate
Nicht wegschauen, sondern handeln. Elf empirisch fundierte Thesen zu Ursachen und Prävention von Jugendgewalt sowie zum Umgang mit den jungen Straftätern aus ärztlicher Sicht.
In: Deutsches Ärzteblatt, Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 105 (2008); Nr. 5; S. 211-214; Lit.;
ISSN 0012-1207

Schlack, Robert; Hölling, Heike; Kurth, B.-M.; Huss, M.
Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS).
In: Bundesgesundheitsblatt, Heidelberg: Springer; 50 (2007); Nr. 5/6; S. 827-835; Abb., Tab., Lit.; ISSN 1436-9990

Schmid, Marc
Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe.
Weinheim: Juventa (2007); 224 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 978-3-7799-1694-9

Schmid, Marc; Fegert, Jörg M.
Viel Lärm um nichts? Wie gebräuchlich ist die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder nach § 35a KJHG in der stationären Jugendhilfe?
In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 1 (2006); Nr. 1; S. 30-35; Lit.; ISSN 1861-6631

Spitzcok von Brisinski, Ingo
Psychische Erkrankung und Schulfähigkeit.
In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband; 83 (2006); Nr. 3; S. 165-177; Tab., Lit.; ISSN 0943-4992

Steger, Martina; Permien, Hanna
Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen.
In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 58 (2006); Nr. 11+12; S. 489-496;
ISSN 0342-5258

Strauß, Jochen-Wolf
Zwischen den Stühlen ... Der uneindeutige Versorgungsauftrag heimpсихологischer Dienste.
In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband -EREV-; 87 (2010); Nr. 1; S. 29-37; Lit.; ISSN 0943-4992

Strieder, Tobias; Wolffersdorff, Christian von
Modellprojekt ESCAPE - Präventive Hilfeangebote für Kinder.
In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 10 (2004); Nr. 3; S. 163-164

Textor, Martin R. (Hrsg.)
Verhaltensauffällige Kinder fördern. Praktische Hilfen für Kindergarten und Hort.
3. überarb. Aufl.
Weinheim: Beltz (2004); 176 S.; Lit.; ISBN 3-407-56240-3

Thyen, Ute; Müller-Godeffroy, Esther; Oepen, Johannes
Verhaltensauffälligkeiten und seelische Belastungen bei chronischen Erkrankungen.
In: Kinderärztliche Praxis, Mainz: Kirchheim; 75 (2004); Nr. 3; S. 389-396; Abb., Tab.,
Lit.; ISSN 1432-3605

Tornow, Harald
**Wieso und wozu braucht die Kinder- und Jugendhilfe die Kinder- und
Jugendpsychiatrie?**
In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband;
83 (2006); Nr. 3; S. 158-164; Abb., Lit.; ISSN 0943-4992

Trauma. Schwerpunktthema.
In: Spielräume, Bremen: Amt für soziale Dienste; 15 (2008); Nr. 40/41; S. 1-72, Abb., Lit.

Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie
(Hrsg.)
Goldbeck, Lutz; Fegert, Jörg M.; Schmid, Marc; Besier, Tanja
**Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für
Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer
Behandlungsaufenthalte. Modellprojekt zur kinder- und jugendpsychiatrischen
Versorgung von Kindern in stationären Jugendhilfeeinrichtungen. Abschlussbericht.**
Ulm (2008)

Univ. Leipzig, Erziehungswissenschaftliche Fakultät (Hrsg.)
Wolffersdorff, Christian von; Hein, Diana; Neudert, Kati; Rahtjen, Sebastian
**„Der Wind ist rauer...“. Kinder und Jugendliche in komplexen Problemsituationen. Eine
Befragung von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe in Sachsen. Schlussbericht.**
Leipzig (2007); 164 S.; Abb., Tab., Lit.

Vernooij, Monika A.
Verhaltensstörungen und Schlüsselkompetenzen.
In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband -EREV-;
86 (2009); Nr. 1; S. 17-24; Abb., Lit.; ISSN 0943-4992

**„... vom Hirn ans Herz...“. Vom Forschungsnutzen zur Praxisrelevanz in der
Jugendhilfe. (Dokumentation der Fachtagung am 11. Mai 2006 in Esslingen).**
In: Blickpunkt Jugendhilfe, Berlin: VPK - Bundesverband privater Träger der freien
Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe e.V.; 11 (2006); Nr. 3; S. 1-60; ISSN 1613-4230

Weller, Anke

Schulkooperationseinrichtung „Kleeblatt“ - Teilstationäres und flexibles, ambulantes Angebot von Jugendamt und Schule in Erfurt.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 47 (2009); Nr. 5; S. 309-316; Abb., Lit.;
ISSN 0022-5940

Wenke, Matthias

ADHS: Diagnose statt Verständnis? Wie eine Krankheit gemacht wird. Eine phänomenologische Kritik.

Frankfurt/Main: Brandes & Apsel (2006); 152 S.; ISBN 3-86099-340-2

Wiesner, Reinhard

Herausforderungen der „Großen Lösung“ für die Jugendhilfe. Interview mit Prof. Dr. Dr. Reinhard Wiesner (BMFSFJ).

In: KomDat-Jugendhilfe, Dortmund: Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik;
13 (2010); Nr. 1; S. 5; ISSN 1436-1450

Witte, Matthias D.; Sander, Uwe (Hrsg.)

Erziehungsresistent? „Problemjugendliche“ als besondere Herausforderung für die Jugendhilfe.

Baltmannsweiler: Schneider Verl. Hohengehren (2006); 307 S.; Abb., Tab., Lit.;
ISBN 3-8340-0080-9

Wolffersdorff, Christian von

Jugendhilfe und Psychiatrie - Kooperation oder Konkurrenz?

In: 100 Jahre AFET - 100 Jahre Erziehungshilfe. Band II. Zukunft in öffentlicher Verantwortung. Herausforderungen für die Praxis. Anforderungen an den Verband. Perspektiven für junge Menschen; AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (Hrsg.), Hannover (2007); S. 45-56; Lit.

Zauner, Ewald

Wenn die Krise zum Alltag wird - Jugendhilfe und traumatisierte Jugendliche.

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband;
85 (2008); Nr. 4; S. 214-223; Lit.; ISSN 0943-4992

Ziegenhain, Ute

Frühe Bindungserfahrungen und Trauma.

In: Trauma & Gewalt, Stuttgart: Klett-Cotta; 3 (2009); Nr. 2; S. 136-145; Lit.

Zobel, Martin (Hrsg.)

Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. 2. überarb. u. erw. Aufl.

Göttingen: Hogrefe (2006); 278 S.; ISBN 978-3-8017-1924-1
(Klinische Kinderpsychologie; 2)